CONTO CORRENTE CON LA POSTA — PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE
ANNO 1931 - VOLUME XII

(Ar. Ge. Ne. Psi.)

ARCHIVIO GENERALE DI NEUROLOGIA, PSICHIATRIA E PSICOANALISI

FONDATO E DIRETTO DA
M. LEVI-BIANCHINI
Nocera Inferiore (Salerno)

COLLABORATORI
L. DE LISI *(Cagliari)* - **S. DE SANCTIS** *(Roma)*

REDATTORI
A. ALESSANDRINI *(Rieti)*
C. FRANK *(Roma)* - E. WEISS *(Trieste)*

Organo scientifico dell' Ospedale Psichiatrico Consortile di Nocera Inferiore (Salerno, Campania) pubblicato con i sussidi del Consiglio di Amministrazione per le provincie di Campobasso, Cosenza, Foggia, Salerno, delle Amministrazioni provinciali di Rieti e di Pescara e di una generosa Benefattrice anonima.
Organo ufficiale della Società Psicoanalitica Italiana

Fascicolo I pubblicato il 31 marzo 1931

NON AMBULABIT IN TENEBRIS
MCMXX
L. B

N. B. - *In obbedienza alle istruzioni impartite dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, ogni lavoro originale porta in fine un autoriassunto.*

NAPOLI
FRANCESCO GIANNINI & FIGLI
Via Cisterna dell' Olio, 6
1931 — A. IX

ARCHIVIO GENERALE DI NEUROLOGIA, PSICHIATRIA E PSICOANALISI

VOLUME XII

1931

Questo XII Volume dell' Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi è dedicato alla memoria del Grande Ufficiale Ingegnere

CARLO MORIONDI

STUDENTE IN MEDICINA

mecenate della scienza, uomo generosissimo e probo, amico incomparabile e rimpianto.

A. *28 febbraio 1874* Ω. *27 gennaio 1931*

IN MEMORIAM



CARLO MORIONDI

CONTO CORRENTE CON LA POSTA — PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

ANNO 1931 - VOLUME XII

(Ar. Ge. Ne. Psi.)

ARCHIVIO GENERALE DI NEUROLOGIA, PSICHIATRIA E PSICOANALISI

FONDATO E DIRETTO DA

M. LEVI-BIANCHINI

Nocera Inferiore (Salerno)

COLLABORATORI

L. DE LISI *(Cagliari)* - **S. DE SANCTIS** *(Roma)*

REDATTORI

A. ALESSANDRINI *(Rieti)*

C. FRANK *(Roma)* - E. WEISS *(Trieste)*

Organo scientifico dell' Ospedale Psichiatrico Consortile di Nocera Inferiore (Salerno, Campania) pubblicato con i sussidii del Consiglio di Amministrazione per le provincie di Campobasso, Cosenza, Foggia, Salerno, delle Amministrazioni provinciali di Rieti e di Pescara e di una generosa Benefattrice anonima.

Organo ufficiale della Società Psicoanalitica Italiana

NON AMBVLABIT IN TENEBRIS — MCMXX — L. B

N. B. - *In obbedienza alle istruzioni impartite dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, ogni lavoro originale porta in fine un autoriassunto.*

NAPOLI

FRANCESCO GIANNINI & FIGLI

Via Cisterna dell' Olio, 6

1931 — A. IX

UN PICCOLO RECORD DI LAVORO NEUROPSICHIATRICO

di

M. LEVI BIANCHINI
Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Consortile
di Nocera Inferiore (Salerno) Italia

Alla data del 1º gennaio 1931 il mio Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, entra nel suo dodicesimo anno di vita e celebra solitariamente e modestamente il rito propiziatorio della sua iniziante adolescenza.

Creato alla scuola della indipendenza da ogni scuola, ma al rispetto di tutte, esso si è sempre mantenuto fedele con entusiasmo, ma senza alcun feticismo, alle dottrine psicologiche di cui per primo in Italia il suo fondatore aveva cercato di essere, in tempi amari e sterili, il divulgatore e il difensore; cioè alle dottrine psicoanalitiche freudiane: ma ha trovato buoni motivi per esporre e considerare anche quelle di altri autori, che derivati direttamente da Freud, se ne erano già da lungo tempo distaccati, con maggiore o minore violenza e profondità.

Posto sotto l'egida generosa di due grandi maestri, De Sanctis e Mingazzini, di cui questi prematuramente trapassato ma degnamente sostituito da De Lisi, l'Archivio ha proceduto nella via della sua vita, in mezzo a gravi stenti talora, contro invisibili ostacoli talaltra; ma sempre vivificato da una forza spirituale che nessuna forza di materia bruta o di umano impedimento poteva distruggere: la speranza. Esso ha trovato così, ora per ora, giorno per giorno, anno per anno, si può dire, il suo nutrimento ed il suo incoraggiamento, nella lotta accanita per una maggiore ascesa e per la conquista del suo posto nel mondo.

Ed oggi, in un breve istante di riposo, che prelude lietamente a maggiori fatiche, io mi raccolgo a rivedere il cammino già fatto ed a tirare alcune somme. Piccole somme, ma a me care e adatte. Parvae, sed aptae mihi.

Ed allora guardo alla struttura dell'Archivio, alla sua configurazione scientifica e mi accorgo che esso è fatto di due grosse metà, armoniche e parallele, per quanto diverse per forma e per sostanza. La prima metà è fatta dalle comunicazioni originali degli Autori; la seconda è fatta dalle bibliografie (cioè dalle recensioni di libri, opere, trattati, ad assoluta esclusione di articoli o comunicazioni di giornali scientifici) scritte da un solo autore, da me stesso. E di queste, poichè rivedendole mi sembra quasi impossibile di averne fatte tante e così diverse, (in mezzo all'immane lavoro giornaliero impostomi dall'ufficio di direttore di popolosi ospedali psichiatrici) espongo la statistica, più eloquente di qualsiasi commento.

Orbene: dal principio del 1920, anno di fondazione dell'Archivio, alla fine del 1930, cioè in undici anni, e tralasciando di menzionare i 131 lavori originali pubblicati nella prima parte costituente l'Archivio, sono state pubblicate 5232 bibliografie, di cui 1166 nei primi sei anni;

4066 nell' ultimo quinquennio dal 1926 al 1930. In altre parole: In undici anni di esistenza, l'Archivio ha pubblicato in media circa 500 bibliografie all'anno; con un massimo di 1000 nel 1926 ed una media di 800 negli ultimi cinque anni. I lettori dell'Archivio hanno avuto per tal modo a loro disposizione un tipo di materiale di consultazione che nessun altro giornale scientifico al mondo ha mai offerto nella misura da me raggiunta; e con esso la possibilità di venire rapidamente e chiaramente a conoscenza della maggior parte dei più recenti e necessarii trattati e libri in materia di neurologia, psichiatria, psicologia, psicoanalisi, psicoterapia, psicopedagogia, assistenza ed igiene mentale: oltre che di storia delle religioni, psicoantropologia, etnologia, eugenetica, scienza sessuale, biologia generale; ed in genere, della scienza dello spirito e dei suoi più larghi e nuovi problemi. Esso ha dato modo insomma, ai suoi lettori, di vivere e conoscere facilmente e senza sforzo, la vita della cerebrazione e della sapienza umana.

Le spese sostenute per la pubblicazione dell' Archivio sono state ingenti. In Italia, dove la stampa di pubblicazioni scientifiche decorose costa almeno il doppio che all'estero, l'Archivio è costato, negli undici anni di vita, quasi duecentomila lire italiane. Tale somma è stata ottenuta non soltanto dai miei personali sacrifici economici, limitati purtroppo ai modesti risparmi fatti in guerra ed alle possibilità quasi microscopiche dei miei guadagni di psichiatra: ma ancora dalla generosità illuminata delle Amministrazioni pubbliche proprietarie degli Ospedali psichiatrici da me diretti e dall'aiuto, largo e fedele, di soccorritori privati. Di questi, alcuni sono noti: altri, con insuperabile generosità, mi hanno imposto il più rigoroso silenzio sulla loro persona.

A tutti costoro: Amministrazioni pubbliche e Privati; non meno che ai generosi Editori dell' Estero, che, a differenza degli spilorci Editori italiani, mi hanno costantemente inviato, e mi inviano, per essere recensionate, le opere di loro edizione (più che il 95 % delle opere da me recensionate proviene dall' Estero) io rivolgo una parola di gratitudine profonda e indimenticabile.

E per verità, io mi lusingo di avere non indegnamente corrisposto ai loro sacrifici ed al loro favore: se penso che una volta, in Germania, mi sentii dire da un celebre neurologo tuttora vivente, queste parole, nell'atto di additarmi il mio Archivio nella biblioteca del suo Istituto di fama mondiale: « Sehr geehrter Herr Kollege, Egregio Collega, il vostro giornale è bello e ben fatto. Noi non sapremmo fare di meglio, nel suo genere ».

Così, nelle lunghe vigilie di lavoro, quando io costruisco il mio Archivio, ma non so ancora come e quando potrò pagare il fascicolo per il quale sto affaticandomi: così come il padre semina il grano nella terra dura per raccogliere, se e quando a Dio piacerà, le mèssi destinate a nutrire i suoi nascituri: io ripenso alle parole dello Scienziato germanico; ed a quelle della Sapienza ebraica: « Compera la verità e non venderla; e compera ancora sapienza e ammaestramento e intendimento » (Prov. XXIII, 23) ed alle parole benedette di S. Benedetto: « Ora et labora »: prega e lavora. E tiro innanzi.

Sommario

Levi Bianchini riferisce alcuni dati statistici riguardanti il materiale scientifico contenuto nell' Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e

Psicoanalisi da lui fondato e diretto, negli undici anni di vita finora trascorsi (1920-1930); specialmente nei riguardi delle bibliografie, tutte scritte da Levi Bianchini, e che ammontano a più che 5200 negli undici anni: di cui più che 4000 nel quinquennio 1926-30, con un massimo di 1000 bibliografie nel 1926 ed una media di 800 all' anno. Tali cifre indicano un piccolo record di lavoro che non è stato finora raggiunto da alcun altro direttore o redattore di Archivi scientifici di medicina generale o speciale, di tutto il mondo culturale moderno.

ZUSAMMENFASSUNG

Levi Bianchini berichtet ueber einige statistische Angaben betreffend das in den verstrichenen elf Lebensjahren (1920-1930) in dem von ihm gegruendeten und geleiteten Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, enthaltene wissenschaftliche Material; besonders in Bezug auf die bibliographischen Nachrichten, die alle von Levi Bianchini geschrieben wurden und die sich in den genannten elf Jahren auf 5200 beliefen, wovon ueber 4000 in den fuenf Jahren 1926-30, mit einem Maximum von 1000 Bibliographien in Jahre 1926 und einem Durchschnitt von 800 jaehrlich Diese Zahlen bedeuten einen kleinen « Arbeits - Record », der bis heute von keinem anderen Leiter oder Verleger eines wissenschaftlichen Archivs von allgemeiner oder besonderer Medizin in der ganzen modernen kulturellen Welt erreicht wurde.

SUMMARY

Levi Bianchini relates upon some statistical data concerning the scientifico material contained in the Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, founded and directed by himself, in the past eleven years of life (1920-1930); especially with regard to the bibliographies, that have all been written by Levi Bianchini and amounting to more than 5200 in said eleven years: of which more than 4000 in the five years 1926-30, with a maximum of 1000 bibliographies in 1926 and an average of 800 for each year. These figures reveal that a small record of work has been attained, as never before, by no other director or publisher of scientific Archives of general or peculiar Medecine, of the whole cultural world of to-day.

SOMMAIRE

Levi Bianchini fait une relation concernant certaines données statistiques sur le matériel scientifique contenu dans l'Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, fondé et dirigé par lui même dans les onze années de vie écoulées (1920-1930); particulièrement concernant les bibliographies, toutes écrites par Levi Bianchini et s'élevant à plus que 4000 dans la quinquennalité 1926-30, avec un maximum de 1000 bibliographies en 1926 et une moyenne de 800 par an. Ces chiffres parlent d'un petit « record » de travail, qui n'a jamais été atteint jusqu'ici par aucun autre directeur ou rédacteur d' Archives scientifiques de médecine générale ou spéciale, dans tout le monde culturel moderne.

CIÒ CHE MI SEPARA DA FREUD

W. STEKEL (Vienna)

I.

Le mie divergenze scientifiche con Freud si sono istituite fino dagli inizii del nostro lavoro in comune. Due discrepanze furono sopratutto insormontabili. Freud distingueva due tipi morbosi: neurosi attuali (Aktualneurosen) e psiconeurosi (Psychoneurosen). Le neurosi attuali (neurosi d' angoscia e neurastenia) si originavano secondo Freud assolutamente all' infuori di qualsiasi influenza psichica e soltanto per ragioni organiche costituite da alterazioni della vita sessuale. La neurastenia a sua volta non era che una conseguenza della masturbazione, alla cui pericolosità Freud ancor oggi presta fede. Per neurastenia egli descriveva una sindrome i cui sintomi cardinali erano costituiti da una sensazione (invincibile) di stanchezza, da disturbi gastrici, da cefalea. La neurosi d' angoscia era la conseguenza dell' astinenza sessuale o del coitus interruptus, il quale in seguito divenne il capro espiatorio di tutti i sintomi dell' angoscia, prima che il famoso « complesso di castrazione » (Kastrationskomplex) fosse scoperto e analiticamente organizzato in tutta la sua universale portata psicopatologica.

La prima divergenza si istituì adunque quando io mi convinsi della necessità di analizzare le nevrosi d' angoscia e mi imbattei in queste, costantemente, in un « conflitto psichico ».

In rigida coerenza con le sue prime dottrine, Freud costruì in processo di tempo la sua teoria della « Libido ». La libido divenne un concetto misterioso, una specie di palla di gomma che nella sua enorme distendibilità poteva venire adattata a tutte le malattie possibili ed imaginabili, a seconda che essa libido veniva rivolta verso un obbietto esteriore o verso il proprio Io. Nacquero così le neurosi da transfert, che io chiamo obbietto-neurosi, da un lato; e le neurosi, che io chiamo subietto-neurosi dall' altro.

In armonia con il mio metodo di indagine clinica che solo ammette ciò che realmente vede, io non ho mai accettata questa fase dottrinale della psicoanalisi. Io sto fermo e immobile nel mio principio, per cui « Tutte le neurosi (da me chiamate parapatie) si originano sulla base di un conflitto psichico » (1).

Questo conflitto può derivare dalla vita sessuale, ma può pure originarsi dalla volontà di potenza (ambizione) ed agire nella sfera di azione fra istinto vitale ed ambizione stessa. Una prova assai persuasiva di ciò è offerta dalle parapatie del soldato nella guerra mondiale, le quali furono ricondotte dalla scuola freudiana ad una radice sessuale soltanto grazie a quel tale principio della palla di gomma (la libido è la radice di tutte le parapatie) e grazie all' aiuto di una ingegnosa e particolare dialettica.

« Angoscia » era, secondo Freud, soltanto libido rimossa: libido con segno negativo, cioè, significava angoscia. Già nella prima edizione della

mia opera « Stati d'angoscia » (Angstzustände, 1908) io avevo formulato il principio che « L'angoscia è la reazione opposta alla pressione degli istinti di morte e generata per la repressione dell'istinto sessuale e dell'istinto vitale ».

Come si vede da questa citazione, io ho parlato fino dal 1908 di un istinto di morte Più tardi, Freud ha sviluppato questo stesso concetto nel suo saggio filosofico « Jenseits des Lustprinzips » (Al di là del principio del piacere), senza tuttavia citarmi.

Ma anche il principio, che angoscia non è libido rimossa, è stato più in là accettato da Freud. Ne deriva, che le differenze tra Freud e Stekel, non sono così grandi attualmente come erano dieci anni or sono.

Nella sua opera: « Hemmung, Symptom und Angt » (Arresto, sintomo ed angoscia) (2), Freud ha accettate, quasi senza togliere una virgola, le mie idee sull'angoscia, perfino con una mia piccola eccezione. Più tardi egli ammise che l'angoscia sia una vera paura e che essa non abbia nulla a che fare con la libido; saltando a piè pari l'antica ipotesi e ricercando la genesi di ogni angoscia nel complesso di castrazione. Oggidì ogni angoscia, secondo Freud, è in sostanza « paura della castrazione ».

Io non nego che esista un complesso di castrazione. Ma la sua ipervalutazione scientifica, l'ipotesi che ogni sottrazione o perdita di un obbietto erotico sia da equiparare ad una castrazione, le asfissianti elucubrazioni dei freudiani sull'influenza esercitata dal complesso di castrazione sulla formazione del carattere, l'ipotesi fossilizzata che ogni ragazza debba odiare la propria madre perchè si imagina castrata per opera sua: tutte queste cose io le giudico come prodotti abortivi di un indirizzo mentale scotomizzato.

Anche l'affermazione che l'onanìa è innocua, è stata oggidì accettata quasi senza contrasto dalla scuola di Freud. Ferenczi parla di una « neurastenia effimera » come conseguenza della masturbazione, pur occupandosi ancora, in molti altri scritti, della dannosità della masturbazione e del coitus interruptus: ma tirate le somme, la scuola freudiana, non meno che il suo maestro, si sono accostati — o meglio, sono stati obbligati ad accostarsi — ai risultati della mia esperienza.

Una differenza sostanziale tra Freud e Stekel esiste nel campo delle perversioni, dette da me, dopo Krauss, parafilie. Secondo Freud, la neurosi è la negazione della perversione. Secondo Stekel, la parafilia è una forma particolare di una parapatia. Nelle mie opere sulla omosessualità, sul feticismo, sull'infantilismo psicosessuale io ho potuto universalmente dimostrare che le parafilie sono condizionate ad una eziopatogenesi psichica e sono perciò analiticamente guaribili. Per comprendere le differenze che a questo riguardo intercedono tra Freud e Stekel, si leggano l'articolo di Freud: « Ein Kind wird geschlagen » (un bambino viene battuto) ed il capitolo, con lo stesso titolo, del mio libro: « Sadismus und Masochismus ».

Io ho trovato che molte parafilie rappresentano dei prodotti di difesa dell'Io morale o forme mascherate dell'ascetismo; ed ho descritto questo meccanismo con particolare evidenza nella mia monografia sul « Feticismo ».

Nei tempi in cui Freud era originariamente dell'opinione che l'esercizio della sessualità significasse salute (psichica) e che ogni parapatia dovesse ricondursi alla repressione e rimozione dell'istinto sessuale, io,

per primo, ho riconosciuta l'importanza della rimozione dell'Io religioso (morale). Nelle mie monografie sulla « Frigidità sessuale della donna » e sulla « Impotenza sessuale dell'uomo » io ho dimostrato che a fianco del tipo della sessualità repressa esiste un secondo tipo, della moralità repressa. Questo tipo è altrettanto, se non più, frequente del primo; ma è per giunta il più interessante e quello che negli strati culturali superiori conduce con maggior frequenza alle parapatie. Già venti anni or sono io ho richiamata l'attenzione su queste defigurazioni della religiosità ed ho dimostrato che individui, sessualmente soddisfatti, divenivano malati quando essi stessi si trovavano nella condizione di protestare interiormente contro questa loro soddisfazione sessuale: processo psicologico che io denominai: « denegazione interiore » (innerliche Nein). Una tale interiore protesta si manifesta e si traduce organicamente nel vaginismo, nella frigidità, nell'impotenza, (somatizzazione della protesta morale contro una condotta priva di freni). Già nella prima edizione della « Frigidità della donna » si leggono le seguenti righe: « *Tutti gli eterni innamorati, l'Ebreo errante, Don Juan, Faust, hanno corso dietro ad un loro irraggiungibile ideale (interiore) che essi stessi si erano costruiti da sè medesimi* »: e più oltre ancora: « *Il nostro Ideale è la risultante della sommazione del nostro Io-Ideale con le forme predilette della nostra giovinezza, createci dalle nostre prime impressioni sessuali... tutte queste elevate alla potenza di un Dio* ».

Nel suo eccellente lavoro sull'Io-Ideale, Freud dichiara che altri (leggi Stekel) avevano già emessa prima di lui questa idea: ma che egli non si sentiva obbligato di far nomi, poichè questi concetti, da lui elaborati ed esposti, divenivano tutt'altra cosa. Modo assai comodo di annettersi la proprietà spirituale dei propri collaboratori. Si vede da ciò, ad ogni modo, che le differenze tra Freud e Stekel sono venute a diminuire di anno in anno, dal momento che Freud, sotto la spinta delle mie pubblicazioni, si sentì obbligato a fare, passo per passo, marcia indietro.

II.

Ciò che per lungo tempo mi separò da Freud fu il fatto che io, a fianco della rimozione, ammisi l'esistenza di un secondo meccanismo, che chiamai « annullamento » (Annullierung).

Un mio antico allievo, Wittels, il quale naviga oggidì a vele spiegate nella scia di Freud e dei suoi successi, si esprime, nella sua biografia di Freud, nel seguente modo: « *Patrimonio personale di Stekel, per quanto io so, è la scoperta di un meccanismo che è esattamente l'antitesi della rimozione. Egli lo chiama il meccanismo dell'annullamento. Nei riguardi delle rappresentazioni rimosse, il soggetto nulla sa: esse agiscono tuttavia (attivamente) a malgrado non siano conosciute (coscienti). Ma esistono anche rappresentazioni che si conoscono con tutta esattezza e che tuttavia rimangono inattive; poichè l'inconscio non le riconosce, non ne vuol saper nulla di loro, le annulla. Così esistono dei mariti i quali sanno benissimo di essere ammogliati. Ma quando si esaminano i loro sogni, si*

vede che, nell'inconscio, essi compariscono come celibi ed annullano totalmente la loro moglie. È chiaro che questo meccanismo è uno dei più comuni e frequenti ad agire anche nella vita quotidiana Quando si vedono due persone, che evidentemente si appartengono, andare per istrada unite, ma in pari tempo mute e con un'espressione di estrema asprezza e tetraggine, si capisce chiaramente che l'una annulla l'altra e viceversa. Per un tale meccanismo ripetentesi e succedentesi senza modificazione alcuna, nel tempo, si giunge ad un punto tale, per cui la volontà dell'inconscio dell'uno finisce per rendere l'altro, anche in piena coscienza, del tutto indifferente e privo di significato (annullato) (3).

Certo, il meccanismo dell'annullamento non è in realtà così semplice come lo espone Wittels, ma ciò per il momento non ci interessa. Io lo ho ampiamente descritto fino dal 1912 nel secondo volume del « Zentralblatt für Psychoanalyse » in un articolo intitolato: « Das Verhältnis des Neurotikers zur Zeit » (i rapporti del neurotico col tempo). Quello che invece merita la pena di sapere è che più di quindici anni dopo Freud ha reso noto lo stesso meccanismo col nome di « denegazione » (Verneinung) senza naturalmente richiamarsi a Stekel, divenuto oramai il reprobo incorreggibile. Una tale constatazione mi autorizza tuttavia a ripetermi e ad affermare che le differenze tra Freud e Stekel si debbono di necessità sempre più restringere, poichè le vedute di Freud si riavvicinano passo per passo, articolo per articolo, alle mie.

Contuttociò, esistono, nei nostri modi di vedere, delle differenze così fondamentali, che è impossibile esporle tutte ed esaurientemente, poichè io dovrei ripetere, quasi parola per parola, tutto quanto ho scritto nei dieci volumi della mia opera, sopra « I disturbi della vita istintiva ed affettiva ».

III.

In materia di terapia analitica, io parto dal principio fondamentale di guarire il malato nel più breve tempo possibile. Nel mio articolo « Gli esiti delle cure psicoanalitiche » (Die Ausgänge des psychoanalytischen Kuren), pubblicato nel Zentralblatt für Psychoanalyse, vol. III, 1913, io ho affermato che i migliori risultati si ottenevano, stabilendo un termine fisso al trattamento. Riferisco testualmente:

« I soggetti che dispongono di un tempo limitato, medici che hanno dovuto interrompere il loro lavoro giornaliero, impiegati che dispongono di un permesso limitato, autorizzano le prognosi migliori. (p. 298). Per principio io non parlo mai di un anno di cura e cerco di sbrigarmela nel più breve tempo possibile. Anche in fatto di analisi, c'è una « supercura » (Ueberbehandlung) inutile o dannosa. Quanto più a lungo il malato è occupato con l'analisi, tanto più facilmente questa viene a prendere il posto — nella sua psiche — della stessa neurosi ».

Già fino dal 1913, cioè da più di 16 anni, io curo in base a questi principî e sono riuscito a restringere ancora di più la durata del trattamento terapeutico. A seconda della gravità dei casi io impiego da due a quattro mesi; ma i quattro mesi rappresentano un massimo da non superare mai. E per verità io mi posso dire soddisfatto dei risultati ottenuti. Certo questo metodo presuppone incondizionatamente l' attività più fervida e l' intuizione più penetrante dell'analista. Io parto dal principio che il paziente non confessa ciò che più necessita all'analista di sapere: e che perciò risiede nell'intuizione dell'analista il compito di rendere scoperto questo «ciò che più importa conoscere».

Il malato per verità soffre, rispetto alle sue sofferenze, di scotoma. Guarirlo da questo scotoma, fargli vedere quello che non vuol vedere, questo è il compito dell'analista. Ma tale compito presuppone l'attività tutta intera dell'analista, poichè esige da lui in primissima linea le più elevate attitudini di penetrazione psicologica, di intuizione, di immedesimazione.

Su questo punto esiste la divergenza più profonda e sostanziale tra Freud e Stekel.

Freud attende tutte le spiegazioni, tutto il materiale, dai suoi malati. L'analisi viene continuata fino a tre anni, per far saltar fuori il psicotrauma originario, (vedi la « Storia di una neurosi infantile » : Geschichte einer infantilen Neurose). Il medico non deve suggerire nulla al malato (ciò che non corrisponde a verità, perchè il complesso di castrazione viene suggerito a tutti i malati). Il sogno viene spiegato dai malati col mezzo di associazioni. Tutto è passivo,

Stekel tende a guarire presto. Egli non va a caccia di sogni, ma studia il carattere e le costellazioni vitali; ricerca i motivi ed i desideri nascosti; smembra il sogno secondo i proprii principii e giunge così allo scotoma centrale, sul quale egli illumina il paziente.

Anche Ferenczi ha introdotto un metodo analitico « attivo » : ma questa sua limitazione nel periodo di trattamento analitico non è che la ripetizione dei miei principii esposti nel 1913. In seguito però egli ha rinunciato anche a questo sistema. L' attuale terapia analitica dei psicoanalisti consiste nel proibire ai pazienti di orinare e di defecare; nell' imporre delle fantasie suggerite e così via: mezzi puerili i quali, a parer mio, servono soltanto a discreditare la psicoanalisi (4).

Il trattamento psicoanalitico freudiano protratto oltre un anno costituisce un pericolo. Esso crea una regressione artificiale nella fanciullezza ed è capace di far esplodere delle psicosi, che tuttavia preesistevano allo stato di latenza. (Ne è prova un caso di Freud, analizzato per tre anni e nel quale scoppiò in seguito una paranoia).

Il mio metodo deborda dalla psicoanalisi: esso è psicosintesi e psicopedagogia. Il medico, con esso, non rimane passivo spettatore di un dramma che si svolge nell'anima del paziente, ma diviene un educatore, creatore, consigliere attivo e fomentatore di un migliore sistema di vita.

A tale fine tuttavia è necessario il pieno possesso della interpretazione dei sogni, quale io la ho costruita secondo la mia personale intuizione; e sulla quale non è qui il momento per intrattenerci. Si leggano, da chi ne abbia vaghezza, i miei lavori sui progressi dell' interpretazione

del sogno, nel « Zentralblatt für Psychoanalyse » e nei « Fortschritte der Psychoanalyse und Sexualwssenschaft ».

Io raccolgo, dai sogni, i complessi nascosti; scopro lo scotoma, le direttive segrete dei malati e cerco di correggere in loro sia lo scotoma quanto la loro errata posizione psicologica di fronte alla famiglia ed al mondo. Io non credo menomamente alla preponderante importanza del complesso di castrazione. Esso esiste e viene riconosciuto dove e quando non esiste. (Curioso, che solo rispetto al complesso di castrazione, tutta la scuola di Freud agisca in senso attivo).

Altre differenze ancora? Io dimostrata l'innocuità dell'onania e la guaribilità della omosessualità: ho impostati sopra una nuova base i problemi della frigidità della donna e della impotenza dell'uomo. Ho delle mie vedute personali sul feticismo, sul sadismo e su altri argomenti ancora, ed infine ho dimostrata la guaribilità dell'epilessia, secondo il mio metodo.

IV.

Ed ora, basta con le divergenze.

Comune con Freud io ho il pieno riconoscimento del valore delle forze psichiche e della rimozione. Ma dopo una esperienza analitica trentennale, io non credo all'inconscio nel senso e nell'estensione di Freud. Differenze teoretiche fra Freud e me esistono ancora innumerevoli: così, per dirne alcune ancora, il mio metodo è pratico, elastico, adattabile al malato, scevro di pregiudizi e di dogmi: il metodo ortodosso di Freud è un sistema rigido, costituito da innumerevoli dogmi dei quali nemmeno uno è a tutt'oggi dimostrato. « Credo quia absurdum » possono dire tutti i freudiani di stretta osservanza.

Con queste mie parole non intendo, ben si capisce, in alcun modo denegare la straordinaria importanza della dottrina di Freud. Ciò che egli ha creato, appartiene già quasi alla storia della medicina. Senza Freud, nè Adler, nè Jung, nè io stesso, saremmo stati possibili: e volentieri ed apertamente lo riconosco.

Ma Nietzsche dice: Male si ringrazia un maestro, se non si procede più in là di lui. Ed io ho dimostrata la mia riconoscenza a Freud, per gli ammaestramenti da lui ricevuti, con le mie opere, nelle quali io ho appunto sviluppata la sua dottrina, traendone tutte quelle conseguenze pratiche che più valgono per il medico ed il psicoterapista.

E vengo al nocciolo della quistione, e conchiudo. Freud è il grande pensatore e dottrinario (Theoretiker); io sono un pratico, che deriva le proprie conclusioni dai fatti puri e nudi. Per Freud, l'elemento sostanziale è costituito dalla conoscenza logica e dal dato scientifico: per me, dal successo terapeutico. Egli si chiede in ogni caso: « Che cosa offre di nuovo alla scienza questo caso clinico? » Io mi domando invece: « Che cosa possono fare la scienza e la mia esperienza per questo caso? »

Già da molti anni Freud mi ha denominato « il psicoanalista diplomatico ». Ma i miei successi sono la mèsse pura e semplice della mia totale mancanza di prevenzioni. Per i freudiani, ogni caso clinico deve per forza adattarsi alla sagoma del loro sistema, poichè la psicoanalisi freudiana è un letto di Procuste sul quale ogni malato deve venire disteso. Io parto dal principio che ogni uomo è diverso dall'altro e che

quanto vale per uno non vale per tutti. Ogni caso clinico rappresenta alcunchè di nuovo ed io gli muovo incontro senza pregiudizi. Io riconosco l'infinita ricchezza delle varietà cliniche delle parapatie: Freud, Adler, Jung, invece, sanno in precedenza ciò che debbono scoprire in ogni caso clinico, mentre io non lo so e non lo voglio sapere. Questa mia spregiudicatezza, la gioia di poter scoprire alcunchè di nuovo, la soddisfazione di veder confermate le vedute personali da ogni nuovo caso, questa libertà nei mezzi di curare e di guarire, costituiscono la mia forza e la mia superiorità. Io posso essere, nei riguardi della speculazione teoretica, un nano di fronte alla gigantesca figura di Freud; ma nei riguardi dell'arte di guarire io sono forse, senza falsi pregiudizi e pudori, l'analista del futuro.

Freud pretende dai suoi allievi: « Credo ». Io incomincio con la parola: « Dubito ».

E chiudo queste mie poche righe con le seguenti splendide parole di Storm:

« Buona è la credenza per la tranquillità dell'anima,
Ma non la fa avanzare di un passo.
Il dubbio, nel forte pugno dell'uomo.
Apre anche le porte serrate dell'inferno » (5).

Annotazioni

1. Principio originariamente formulato nel mio opuscolo « Die Ursachen der Nervosität » Wien, Paul Knepler, 1907.
2. Freud-Hemmung, Sympton und Angst-Int. Psa. Verlag, Wien, 1926.
3. Wittels è stato riconquistato da me alla psicoanalisi. L'esemplare della biografia di Freud da lui offertomi porta la seguente dedica: « Al ravvivatore di sorgenti che io ritenevo inaridite e senza la cui amicizia non una riga di questo libro avrebbe potuto essere scritta ».
4. In piena seduta psicoanalitica, un psicoanalista ortodosso raccomandò ad un suo malato di rappresentarsi l'incesto con la madre, per poter, in tal modo, « neutralizzare » (abreagieren) il complesso stesso!
5. Der Glauben ist zum Ruhen gut,
Doch bringt er nicht von der Stelle.
Der Zweifel in ehrlicher Männerfaust,
Der sprengt die Pforten der Hölle!

Sommario. Sommaire. Summary. Zusammenfassung.

Stekel espone gli elementi dottrinali e pratici sui quali egli differisce dalle dottrine rigide ed ortodosse di Freud e che consistono fondamentalmente nei seguenti principii:

1. Stekel esclude la necessità della libidoteoria e del traumatismo originario, come base e condizione di una psiconeurosi, ma afferma che essa è invece in ogni caso fondata sopra un conflitto psichico, che va immediatamente ricercato, senza preconcetti di metodi o di dogmi procedurali.

2. Alla terapia psicoanalitica totalmente passiva del metodo freudiano, e costituita esclusivamente dalle confessioni del paziente, il quale di regola nasconde proprio ciò che più importa di scoprire, Stekel oppone il metodo attivo, costituito essenzialmente dall'intuizione del medico, dalla

sua immedesimazione psicologica e dalla capacità di mettere allo scoperto lo scotoma psichico del paziente, scotoma che ne rappresenta il punto debole, l'elemento interiore affettivo che gli impedisce di conoscere la propria posizione morale di fronte alla famiglia ed al mondo.

3. Stekel non ammette l' inconscio nella estensione e nella significazione freudiana, conviene con la importanza della interpretazione del sogno, nella cui metodica differisce tuttavia profondamente da quella freudiana, nega la frequenza e la importanza del complesso di castrazione.

Nei riguardi della terapia, ancora, sostiene che essa deve essere il più breve possibile, e non mai superiore, per durata, ai quattro mesi.

4. In definitivo: enorme è la importanza della psicoanalisi di Freud, creatore ed animatore di nuove correnti scientifiche; ma il suo torto è quello di voler applicare a tutti i casi clinici una sagoma scientifica irrigidita e dogmatica, anzichè piegarsi a studiare senza pregiudizi ogni caso nuovo o diverso. Egli è un grande scienziato e teoretico, ma i risultati terapeutici del metodo di Stekel sono incomparabilmente superiori: ed il metodo, spregiudicato e adogmatico di analisi secondo Stekel, rappresenta certamente il metodo di elezione per il futuro.

Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Cagliari
Direttore incaricato: Prof. L. DE LISI

FORMA E CONNESSIONI GRIGIE DELL'ANTIMURO UMANO

per il

Dr. GIUSEPPE PINTUS - Assistente

(con 2 figure nel testo e con le tavole I, II)

In un mio precedente lavoro comparso sul III fascicolo della Rivista di Neurologia dello scorso anno, ho studiato la struttura cellulare e la citoarchitettura dell'antimuro umano.

Nel presente lavoro, continuando lo studio sistematico del detto organo, mi occupo specialmente delle sue connessioni grigie e della sua forma.

Per lo studio delle connessioni ho condotto delle sezioni in cervelli umani di adulti in senso verticale, sagittale, orizzontale e sempre su di un blocco di cervello tolto con taglio verticale passante anteriormente rasente la punta del lobo temporale e posteriormente tra i corpi mammillari.

Si rilevano così alcune particolarità circa la posizione e la forma dell'antimuro che modificano il concetto generalmente accettato di un organo a forma di disco verticale.

* * *

Ecco quanto sappiamo sulle connessioni bianche e grigie dell'antimuro:

Lo STERZI accenna a lunghi neuriti di cellule claustrali che penetrando nella capsula estrema e passando sopra e sotto al corpo striato si mescolerebbero col resto della sostanza bianca cerebrale.

A parte la difficoltà di poter seguire più o meno lungamente i neuriti delle cellule in questione, neanche lo STERZI precisa la stazione di arrivo di questi neuriti, i quali, ad ogni modo, non prenderebbero rapporto con le cellule del corpo striato.

Dello stesso parere non è, invece, il BERLUCCHI.

Egli ha studiato principalmente i rapporti di quest'organo con gli altri vicini nel cervello del gatto, e le sue ricerche sono state eseguite mediante i metodi di Golgi e di Weigert-Pal.

Egli non ha osservato come lo STERZI i lunghi cilindrassi delle cellule claustrali dirigentisi verso il putamen, anzi li nega affatto; ma ha trovato soltanto dei prolungamenti delle cellule del claustrum, che decorrendo orizzontalmente attraverso alla capsula esterna si spingono, qualche volta, fin dentro il lenticolare. Ma questi prolungamenti appartengono spesso a cellule in cui si vede il prolungamento nervoso dirigersi altrove, e l'A. senz'altro li interpreta come dei prolungamenti protoplasmatici, i quali, più che una funzione di connessione, avrebbero una funzione di nutrizione per mezzo dei rapporti che prenderebbero coi vasi che abbondano nella capsula esterna.

Il Berlucchi, poi, ha osservato che il claustrum ha delle connessioni centrifughe e centripete col giro prepiriforme e con la corteccia insulare. Queste connessioni sarebbero dirette e ricchissime col giro prepiriforme attraverso al reticolo che dal claustrum si diffonde allo strato delle cellule polimorfe di questo giro e che è soprattutto costituito da collaterali e terminali del prolungamento nervoso delle cellule dello stesso claustro. Al contrario le connessioni con la corteccia insulare sono meno numerose e avverrebbero soltanto attraverso la capsula estrema. L' A. infatti non ha mai visto dei cilindrassi di cellule claustrali spingersi direttamente negli strati della carteccia insulare, ma quelli che escono, specie dalla faccia laterale del claustrum, di solito decorrerebbero e si perderebbero nella capsula estrema, mettendosi in connessione colle cellule ivi sparse. Queste, poi, a loro volta, dirigerebbero il prolungamento nervoso verso la corteccia. L' A. perciò pensa che queste cellule costituiscano una stazione intermedia per cui gli stimoli passerebbero dal claustrum alla corteccia. A questo punto il Berlucchi si domanda se accanto a quelle vie che si potrebbero chiamare di associazione non esista una via di proiezione propria del claustrum. Egli crede che tal via sia rappresentata: 1) dai prolungamenti delle cellule della parte inferiore del claustrum che si dirigono alla capsula esterna; 2) dalle collaterali dei neuriti delle cellule della parte media che pure si dirigono nella capsula esterna; 3) dal prolungamento nervoso delle cellule della testa del claustrum che si dirige alla corona raggiata. L' A. però non ha potuto seguire di nessuno di questi prolungamenti l' ulteriore decorso e nulla può dire circa la loro destiuazione.

Per l' esistenza di vie dal claustrum al lenticolare, la ricerca, come ho già accennato, è stata completamente negativa.

Importanti sono poi, per quanto riguarda le connessioni dell' antimuro, i vecchi studi di Leonardo Bianchi descritti nel suo libro « La meccanica del cervello ». L' A. ha praticato due serie di ricerche di cui una su cervelli di scimmie operate molti mesi prima (e su una specialmente a cui aveva asportato i lobi frontali 11 mesi prima dell' autopsia), e una seconda serie nella quale ha eseguito il metodo Marchi su cervelli di scimmie operate da 18 a 20 giorni prima.

Nelle prime ricerche egli ha trovato note sicure di degenerazione oltre che nel fascio fronto-occipitale, anche in un'area all'esterno e al di sopra dell'angolo superiore della scissura di Silvio ove si trovava un'area giallastra per il contenuto di un gran numero di fibre degenerate appartenenti al fascio arcuato e che si gettavano in massima parte nella capsula estrema, nell' antimuro e talune nel putamen. Anche nella seconda serie di ricerche la degenerazione del fascio arcuato e di quella fronto-occipitale è stato un reperto costante nei cervelli nei quali la distruzione dei lobi frontali comprendeva largamente la faccia esterna al davanti della cosidetta zona motrice intermediaria; così che dei due fasci degenerati uno si trovava al di sopra e al di fuori dell'angolo del ventricolo laterale proprio al di sopra della testa del nucleo caudato. Esso era rappresentato da un'area nerastra dell'altezza di circa 2 mm. e della larghezza di 1 mm. che si vedeva fornire delle fibre che penetravano nella testa del nucleo caudato, mentre la parte superiore del fascio decorreva al di sopra della testa di esso. L'altro fascio si trovava sul decorso della capsula esterna e della capsula estrema ed occupava la sostanza grigia dell' antimuro. L'A. presenta un preparato di un piano frontale di cervello di cebus, mutilato del lobo frontale alla faccia esterna e al davanti della zona motrice intermediaria, nel quale si riscontra un'area di degenerazione in corrispondenza del fascio fronto-occipitale ed una linea di degenerazione lunga quanto l' antimuro, comprendente pure parte della capsula esterna.

Da queste ricerche l'A. può concludere che il lobo frontale o meglio quella parte di esso che si trova al davanti dell'area motrice intermediaria ha evidenti rapporti con la testa del nucleo caudato, col putamen e coll' antimuro.

Mondino nel suo lavoro « Ricerche sui centri nervosi » accetta l'opinione che il claustrum abbia delle connessioni col nucleo amigdaloideo e col lenticolare. Però secondo lui il claustrum altro non sarebbe che una continuazione della corteccia dell' ippocampo la quale, giunta in corrispondenza dello spazio perfo-

rato anteriore, si addentrerebbe nello spessore dell'emisfero spingendosi in alto e in fuori e passando fra l' insula e il nucleo lenticolare.

Il significato di quest'organo sarebbe più prossimo a quello dei gangli basali sia per struttura sia perchè si fonde intimamente in basso col nucleo amigdaloideo. Questa fusione, che si limita solo ai tagli che interessano il polo anteriore del lobo sfenoidale è dovuta al fatto che più indietro vengo a interporsi fra antimuro e nucleo amigdaloideo le fibre provenienti dalla capsula esterna che vanno al centro midollare del lobo sfenoidale e dei fasci della commissura bianca anteriore.

Wernicke parla del rapporto che ha l'antimuro col fasciculus uncinatus a cui si sovrappone con la sua base, facendo supporre che debbano esserci comunicazioni fra le cellule dell'antimuro e le fibre del fasciculus uncinatus che si irradiano dal giro temporale superiore al giro frontale inferiore compreso il lobulo di Broca.

Dejerine descrivendo i fasci di associazione a fibre lunghe del cervello, dice a proposito del fascio longitudinale superiore o fascio arcuato, che le fibre più superficiali ed inferiori di questo fascio passano dappresso al putamen e si gettano nel claustrum. Non esita quindi a concludere che vi sia un evidente relazione fra il lobo frontale e l'antimuro.

Il Landau nei suoi diversi lavori sull'argomento viene alle conclusioni che l'antimuro sia in rapporto con la sostanza perforata anteriore, col nucleo amigdaloideo, con la stria olfattoria laterale e col cervello olfattorio specialmente su una parte di esso, che corrisponde anatomo-comparativamente al lobo piriforme del cervello animale.

De Vries nel suo lavoro sull'ontogenesi e l'anatomia comparata del claustrum rileva come questo, mentre nell'uomo e in certi animali (bue, cane, elefante, puma etc.) rimane completamente indipendente dalla corteccia, in altri invece si unisca ad essa con la parte più ventrale, nel passaggio cioè della neocorteccia nella corteccia olfattoria laterale. Così nei cercopitechi esiste una connessione tra claustrum e corteccia proprio davanti al taglio sagittale della commissura anteriore al di sotto della testa del corpo striato. Lo stesso esiste pure nella scimmia cappuccina (cebus patuellus).

Berkelback a proposito di uno studio sulla stria terminale e sul nucleo amigdaloideo nel cervello di opossum dice che le fibre che partono dalla stria terminale si possono dividere in cinque gruppi i quali si intrecciano intorno alla capsula interna e si uniscono presso la commisura anteriore col nucleo amigdaloideo o con la corteccia piriforme. L'A. divide gli aggruppamenti cellulari del nucleo amigdaloideo in due parti: uno anteromediale che consta del nucleo del tratto olfattorio laterale, del nucleo mediale e del nucleo ventrale; l'altro che consta del nucleo postero laterale. La prima parte sarebbe in connessione col claustrum.

Faccio qui appena menzione di altri AA. i quali soltanto per incidenza hanno studiato le connessioni dell'antimuro sia grigie che bianche quali Monakow, Fornel, Elliot Smith etc. e che son giunti a conclusioni quasi identiche a cui sono arrivati gli altri AA. sopra ricordati.

1°) Sezioni vertico-frontali

(fissazione Carnoy-colorazione Giemsa)

L'aspetto macroscopico dell' antimuro in queste sezioni è presso a poco quello di una striscia lunga circa 15-20 mm. con la base in basso allargantesi a triangolo. Gli angoli della base si avvicinano al putamen da una parte, alla corteccia insulare dall' altra e non terminano, poi, in modo netto ma sfumano pian piano con piccole masse cellulari verso la sostanza grigia della base degli emisferi. Anzi, in tagli alquanto posteriori, è evidentissimo il prolungamento che si parte dall'apice dell'angolo interno del claustrum e che come un sottile ponte va a congiungersi col nucleo amigdaloideo.

Negli ultimi tagli l'antimuro non ha più la forma triangolare decisa ma una forma piuttosto allungata ed è ridottissimo in estensione.

All' esame microscopico nei primi tagli si scorge l'antimuro, che riguardo alle cellule si mantiene compatto, allargandosi poi in misura del triplo e anche del quadruplo a livello dei 3/4 inferiori del bordo esterno del putamen.

Oltrepassato il putamen, si restringe e si impoverisce di cellule. In tagli immediatamente successivi si nota che lo spessore dell' antimuro è ancora maggiore e che comincia a dividersi in due parti. Di queste, l'esterna, inflettendosi, si congiunge all' interna.

Contemporaneamente compaiono altre cellule antimurali rare, senza ordine apparente, sparse nella immediata adiacenza delle due branche. In questi stessi tagli si incomincia a notare nella parte infero-esterna la comparsa di cellule appartenenti al nucleo amigdaloideo. I tagli successivi dimostrano che fra l'antimuro e il nucleo amigdaloideo (il quale è andato man mano ingrandendosi e lascia scorgere a questo punto già due dei suoi nuclei: l'esterno e l' interno) c' è ancora uno strato di sostanza bianca che li separa.

In sezioni posteriori l'antimuro, suddividendosi ancora, presenta tre diramazioni: la prima che accenna ad una secondaria suddivisione, la intermedia più corta della precedente che con ponti cellulari lassi si congiunge a questa, e la terza che è la continuazione dell'organo e che termina circondata da sostanza bianca.

In successivi tagli le cellule contenute nelle suddivisioni dell'antimuro diventano più rare in alcune zone: rimangono così blocchi di cellule quasi isolati ma indubbiamente antimurali Questo suddividersi dell' antimuro in blocchi isolati è dato dal fatto che la sua testa viene ad essere attraversata dal fasciculus uncinatus che ne dissocia la continuità.

Non è poi fuor di luogo osservare qui che solo di alcuni degli ammassi cellulari isolati si riesce a vedere coi tagli in serie la continuazione diretta con l'organo; di altri più o meno distanti dal primo questa continuazione non si riesce a coglierla. Si può quindi affermare che tali ammassi appartengono all' antimuro, basandosi sulla forma e disposizione delle cellule: forma e disposizione che permette di distinguerli da altri ammassi cellulari appartenenti invece ad altri organi.

Infatti seguendo la configurazione del nucleo amigdaloideo, sempre con tagli in serie, si nota, ad un certo punto, una striscia di cellule compatte, parallela alla superficie esterna e che nel suo pieno sviluppo misura in lunghezza circa 4 mm. e circa 35 μ di spessore. Tale striscia è libera in tutta la sua estensione, eccetto che nell'estremità anteriore, la quale, nei primi tagli in cui compare, vedesi congiunta al nucleo amigdaloideo mediante un ponte cellulare ad arco.

In tagli successivi questo ponte va sempre più impoverendosi di cellule finchè la striscia rimane completamente isolata a lato del nucleo amigdaloideo.

Siccome altri gruppi cellulari appartenenti indubbiamente all' antimuro mandano propaggini a questa striscia cellulare, sorge necessariamente la domanda se essa appartenga al nucleo amigdaloideo o all'antimuro.

Si è già detto che nei primi tagli in cui appare è congiunta mediante cellule al nucleo amigdaloideo. Per di più la configurazione e la disposizione delle sue cellule dimostra la sua appartenenza all' amigdaloideo e non all' antimuro.

Nell'altro mio lavoro ho dimostrato che una delle caratteristiche dell' antimuro è il disordine nelle cellule e la mancanza d' una disposizione apparente. Osservando invece la disposizione delle cellule del nucleo amigdaloideo, si vede tutta un'altra citoarchitettura. Non che vi sia una disposizione regolare affatto caratteristica, ma riconoscibile.

È composto infatti di cellule di media grandezza numerose in tutta l' estensione del nucleo e che in certi punti diventano ancora più numerose per formare i nuclei secondari dei quali esso si compone. Di solito, le cellule sono ravvicinate fra loro come a formare dei piccoli gruppetti di vario aspetto, i quali, poi, a loro volta, si trovano vicinissimi l' uno all'altro. Non esiste un orientamento uniforme e costante delle cellule e mai si scorgono le cellule allungate o fusate. È quindi netto il contrasto con le cellule antimurali che hanno una prevalente direzione lungo l'asse maggiore dell' organo.

Ancora, le cellule del nucleo amigdaloideo sono quasi tutte, come ho già detto, di media grandezza ; vi si possono, però, riscontrare le piccole cellule sebbene in numero assai limitato.

La striscia di cellule descritta e che potrebbe dirsi striscia juxta-amigdaloidea non ha niente a che vedere coi nuclei preamigdaloidei. Questi sono, infatti, aggruppamenti cellulari che stanno fra il nucleo amigdaloideo propriamente detto e la corteccia del lobo temporale ed hanno, quindi, tutta un' altra posizione. Anche la forma è molto diversa. I nuclei preamigdaloidei non hanno una forma determinata ma si presentano come masse ora quadrilatere, ora poligonali, congiunte col nucleo amigdaloideo. Una netta separazione fra loro, non è, a nessuna altezza, chiaramente visibile.

Gli ammassi antimurali, di cui ho già parlato, man mano che si va avanti nei tagli diventano ancor più poveri di cellule e meno estesi in superficie.

Non hanno speciale topografia, ma si intersecano talvolta disponendosi in tutti i sensi, sparpagliati qua e là tra la corteccia cerebrale e il nucleo amigdaloideo. Taluno di questi ammassi, che mantiene ancora la forma di ponte, si dirige e, con poche cellule, arriva alla striscia cellulare juxta-amigdaloidea. Finalmente gli ultimi tagli non mostrano più gruppi cellulari ben distinti, ma lasciano scorgere una certa quantità di cellule irregolarmente disseminate.

Fra i tanti ammassi cellulari finora descritti, uno è degno di particolare rilievo. È un ponte che, partendo dall' estremità inferiore dell'antimuro dal lato che guarda il putamen, si dirige e si congiunge con la parte laterale interna del nucleo amigdaloideo. (V. fig. a).

È questo un ponte ad arco, la cui concavità guarda la corteccia cerebrale ed è formato di cellule rare, simili a quelle degli altri ammassi.

Dapprima, in tagli anteriori, questo ponte si dirige verso il nucleo amigdaloideo senza però congiungersi ad esso : è soltanto in tagli posteriori che si riesce a cogliere la continuazione delle sue cellule con quelle del nucleo sopraddetto.

Da questo lato esiste dunque una connessione, benchè scarsa, dell' antimuro col nucleo amigdaloideo per mezzo di un sottile ponte cellulare. Non solo, ma se si considera come appartenente al nucleo amigdaloideo anche quella striscia di cellule sopra descritta, si ha ancora una connessione con l' antimuro, perchè, come si è detto, degli ammassi antimurali arrivano pure a congiungersi con la striscia.

Gli ultimi tagli non mostrano più ammassi cellulari ben chiari ma lasciano scorgere una certa quantità di cellule irregolarmente disseminate fra il nucleo amigdaloideo e la corteccia cerebrale.

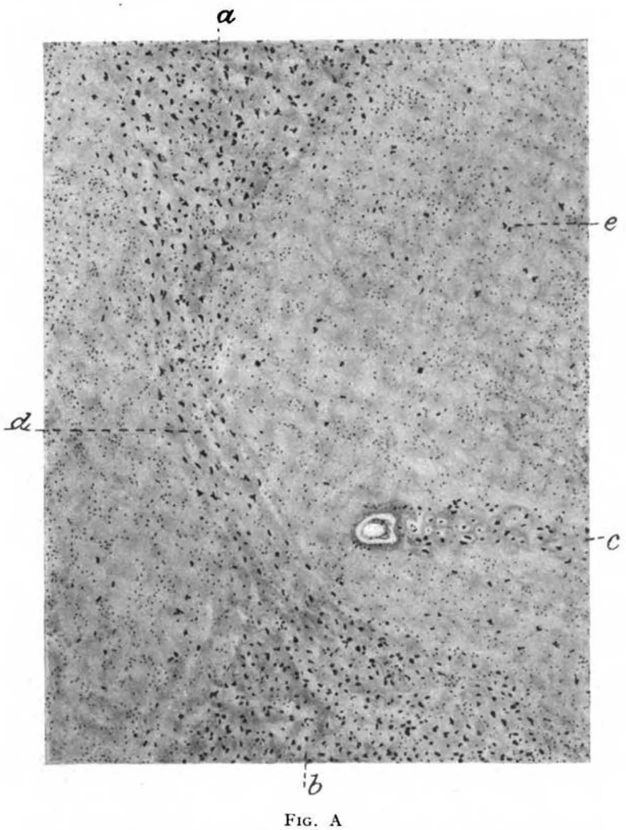


FIG. A

a) antimuro - b) nucleo amigdaloideo - c) striscia juxta-amigdaloidea - d) ponte cellulare d' unione fra antimuro e nucleo amigdaloideo - e) cellule antimuiali sparse.

La striscia cellulare juxta-amigdaloidea ridotta di dimensioni è accorciata, ristretta e indipendente dal nucleo amigdaloideo. Anche il ponte cellulare che univa l' antimuro a questo nucleo è ridottissimo e difficilmente si scorge ancora una connessione fra i due organi.

L' antimuro, come si è detto, raggiunge un volume doppio o triplo giungendo presso a poco all' estremo limite del lenticolare. Per questo stesso aumento si avvicina alla corteccia cerebrale.

Finchè l' antimuro compare come una striscia compatta di cellule, la capsula estrema, benchè un po' ridotta nel suo spessore, separa completamente i due organi. Ma quando, in tagli successivi, comincia a comparire il nucleo amigdaloideo e l' estremità dell' antimuro che guarda questo nucleo inizia la sua suddivisione, i limiti fra corteccia e antimuro van diventando meno netti ed evidenti. Le travate antimurali si dirigono anche verso la corteccia.

Esiste ora nella serie dei tagli qualche punto in cui le cellule dell' antimuro si confondono con quelle della corteccia o qualche ponte cellulare che ne segni una qualunque unione?

Ad un attento esame non si riesce a vederlo. Certo è però che le cellule dell' antimuro arrivano vicinissime alla corteccia insulare, e la capsula estrema, in certi punti ridottissima, è in parte invasa da alcune cellule sicuramente antimurali.

Dal putamen l' antimuro in tutta la sua estensione rimane separato mediante la capsula esterna, ed è questa una separazione netta e precisa. Nemmeno nei tagli posteriori dove l' estremità inferiore dell'antimuro slargandosi si avvicina al putamen, questa vicinanza compromette l'indipendenza dei due organi.

2°) Sezioni sagittali

Macroscopicamente il claustro appare, nei primi tagli, andando dall' esterno verso l' interno, di forma elittica compreso fra la corteccia dell' insula e il putamen e nettamente separato da questi due organi per mezzo della capsula estrema e dell' esterna. La superficie che guarda il putamen è perfettamente regolare e segue la curvatura di questo, mentre quella che guarda la corteccia dell' insula presenta degli avvallamenti e delle cupole corrispondentemente ai solchi e alle circonvoluzioni dell' insula. La grandezza di tali cupole e tali avvallamenti va naturalmente aumentando col procedere dei tagli verso l' interno del cervello.

Nei tagli più interni lo sviluppo del claustro è ancora maggiore e la sua lunghezza raggiunge pure i 13-14 mm. Anche la larghezza è aumentata, e col suo aumento la superficie corrispondente al putamen è andata avvicinandosi a questo e, in certi punti, anche la superficie corrispondente alla corteccia dell' insula ha seguito la stessa sorte.

Non si osservano masse staccate dell' organo che termina, tanto da una parte che dall' altra, assottigliandosi gradatamente.

Successivamente il volume del claustro va sempre più diminuendo fine a scomparire.

Esame microscopico. Nei primi tagli procedendo dall'esterno verso l'interno, il claustro appare formato da una striscia di cellule compatte che si mantengono indipendenti per tutta l' estensione dell' organo, pure avvicinandosi in certi punti, più o meno, alla corteccia insulare e al putamen. Successivamente, mentre lo sviluppo dell'organo va aumentando e il numero delle cellule cresce, si può benissimo osservare che mentre la indipendenza delle cellule del claustro da quelle del putamen è completa, così non lo è da quelle della corteccia insulare. Infatti è facile osservare, specie in corrispondenza delle cupole dell' antimuro e dei solchi dell' insula, una maggiore diffusione delle cellule antimurali dapprima con-

tenute entro limiti netti; cellule che vanno espandendosi ed invadendo in parte la capsula estrema. La quale, in certi punti, appare disseminata da cellule rare che in parte per volume e direzione devonsi ritenere come appartenenti all' antimuro e in parte da altre cellule, specie nella parte superiore, che appaiono appartenenti al 6º strato corticale insulare.

Ma questa disseminazione è troppo insufficiente per poter affermare la esistenza di rapporti grigi fra i due organi.

Nei tagli successivi, nella direzione verso l' interno, il comportamento delle cellule dell' antimuro si mantiene presso a poco nel modo già descritto. Si può dire che in tutta l' estensione della capsula esterna sono rarissime le cellule che vi sono disseminate.

Il margine insulare dell' antimuro continua ad essere meno preciso e meno limitato. Ogni tanto si osservano delle cellule che invadono la capsula estrema. In certi punti sono, si può dire, rarissime; in altri, più numerose. Le due estremità dell' antimuro terminano assottigliandosi un pò esternamente al solco circolare dell' insula. Non si osserva nessun rapporto di queste estremità con altri nuclei vicini e non si osservano masse cellulari staccate come nei tagli descritti antecedentemente.

Negli ultimi tagli col ridursi dell' estensioue dell' insulina si riduce pure l' antimuro in estensione, fino a presentarsi come una strisciolina di cellule che mantiene sempre la sua indipendenza.

3º) Sezioni orizzontali

Nei tagli più alti, cioè corrispondenti alla parte più alta dell'insula l' antimuro assume una forma quasi elittica e si trova vicinissimo al putamen. Dalla corteccia insulare è separato mediante una larga capsula estrema. In tagli successivi la forma elittica, va trasformandosi in una forma ad S italica, di cui l' estremità posteriore, assottigliandosi, termina in vicinanza del nucleo amigdaloideo, e l' anteriore si sfiocca in diversi rami ed isolotti: ciò è dovuto al fatto che l' antimuro in questo punto viene ad essese attraversato dal fasciculus uncinatus che ne dissocia e ne divide la sua compattezza in diversi ammassi. (v. fig. b) In questi tagli l' antimuro invia delle propaggini verso il putamen per cui macroscopicamente, in certi punti, riesce assai difficile stabilire la separazione da questo. Verso la metà della sua estensione si osservano infatti delle propaggini antimurali che si avvicinano al putamen, dando l' impressione di un'unione fra i due organi.

L'estremità posteriore che va verso il nucleo amigdaloideo la si vede distintamente terminare nei pressi di questo, senza peraltro che vi si congiunga.

Le masse staccate formanti l' altra estremità arrivano vicinissime alla corteccia.

Nei tagli sottostanti l' organo diminuisce di ampiezza nel senso che le masse staccate dall' estremità anteriore vanno rarefacendosi e in parte scomparendo, mentre pure l' estremità inferiore segue la stessa sorte. Così in questi tagli l' antimuro riacquista l' antica forma elittica - rettangolare con dimensioni un poco aumentate.

In questi stessi tagli, in avanti, vicino alla corteccia, si osserva ancora qualche piccola massa antimurale, e, lateralmente al nucleo amigdaloideo, la striscia lineare di cellule che scomparirà poi man mano con lo scomparire del nucleo stesso.

I rapporti dell' antimuro col putamen macroscopicamenfe rimangono ancora invariati.

Negli ultimi tagli mentre si assiste alla scomparsa dell' antimuro e del nucleo amigdaloideo, si osserva ancora bene il putamen e la capsula esterna assai larga in questo punto.

Esame microscopico. Le cellule dell' antimuro nei tagli orizzontali appaiono più ravvicinate e più numerose che nei tagli precedenti. Mentre poi negli altri tagli sono, si può dire, delimitate dalla capsula esterna e dalla capsula estrema eccetto che in determinati punti di cui ho fatto speciale cenno, in questi tagli, invece, non hanno limiti netti e decisi. Si possono così osservare in tutta la estensione dell' organo, specie dal lato

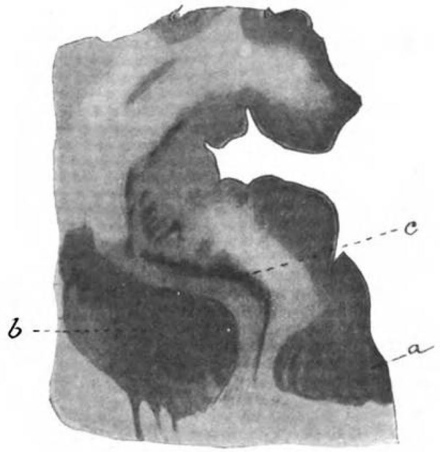


Fig. B

a) nucleo amigdaloideo - h) Putamen - c) antimuro.
(Ingrandimento : 2 volte la grandezza naturale)

corticale, delle cellule irregolarmente disposte formanti ammassi che sporgono o si staccano dall' organo stesso.

Nei primi tagli in cui compare l' antimuro, si osserva che le cellule da numerose e ammassate al centro, vanno poi diradandosi verso le due estremità, delle quali la posteriore termina con una sottile striscia lunga circa 6 mm. che può contenere nella sua larghezza da 6 a 10 cellule, e ai lati della quale, specie da quello esterno, si vedono staccare man mano delle cellule isolate. L' estremità anteriore invece termina con delle masse antimurali staccate. Queste masse assumono diversi aspetti e grandezze. Sono unite da ponti cellulari o sono completamente isolate dalla massa principale dell' antimuro e fra loro si congiungono con strette catene di cellule. In alto, e cioè verso la corteccia, cessano del tutto per cui la capsula estrema che in questi tagli appare abbastanza larga, è completamente priva di qualsiasi elemento cellulare.

Il bordo putaminale dell' antimuro lascia scorgere delle appendici che si dirigono verso il putamen ; ma benchè vi arrivino vicinissime, tuttavia, ne restano sempre nettamente separate dalla capsula esterna.

In tagli successivi si riscontrano più accentuati la disposizione e il comportamento testè descritti delle cellule antimurali, in più si ha da notare la comparsa delle cellule del nucleo amigdaloideo.

Nella prima serie dei tagli, in cui si osserva la presenza di detto nucleo, non si riscontra ancora alcunchè di speciale nel comportamento dell' estremità posteriore dell' antimuro. Continua questa estremità a presentarsi sotto forma di esile strisciolina che si mantiene perfettamente parallela al bordo interno del nucleo amigdaloideo, e le cui cellule non debordano dai limiti prefissi. In tagli invece successivi, con l'aumentare in dimensione del predetto nucleo, si ha un leggero avvicinarsi di questa striscia e si vedono delle cellule antimurali invadere il tratto che separa il detto nucleo dell' antimuro.

Tali cellule si trovano in tutta la lunghezza della striscia più o meno numerose, ma non danno l' impressione di un ponte di congiunzione fra antimuro e amigdaloideo e neanche di un rapporto cellulare molto intimo; non solo, ma insieme a tali cellule antimurali sono commiste alcune cellule che si possono classificare per forma, grandezza, etc, come appartenenti al nucleo amigdaloideo.

L' estremità anteriore dell' antimuro, intanto, è andata man mano ancora suddividendosi e riducendosi in estensione.

Molte delle masse già descritte sono scomparse o sono rappresentate solamente da scarsi accumuli di cellule. Lo spazio esistente fra queste masse antimurali staccate e l' organo è assai aumentato. Solo qualche accumulo di cellule antimurali si trova ancora ricacciato in alto vicino alla corteccia cerebrale dove non esiste un confine molto netto col VI strato corticale.

Gli ultimi tagli lasciano invariato il rapporto fra antimuro e nucleo amigdaloideo. Non si riesce a scorgere un numero maggiore di cellule che, invadendo le fibre che separano i due organi, dia l'impressione di un vero rapporto di continuità cellulare da questo lato.

Col putamen, come nei primi tagli, così negli ultimi, l'antimuro si conserva affatto separato da una chiara capsula esterna, assai ridotta però in spessore.

Con la corteccia cerebrale la masse antimurali restanti, essendosi ancora più diradate, lasciano scorgere meno un rapporto di continuità.

Le ultime cellule a scomparire sono quelle della parte centrale dell' organo.

Considerazioni e conclusioni

I diversi tagli che ho eseguito nel cervello umano per lo studio dei rapporti di continuità dell'antimuro con gli altri organi vicini sono valsi a mettere in evidenza alcune sue particolarità

Anzitutto i tre tagli condotti in tre diverse direzioni indicano che la vera forma dell' organo non si può affatto ridurre a una forma semplice, quale per es. di disco verticale (Chiarugi) essendo una forma abbastanza complessa e piuttosto irregolare. Infatti, si è visto che nei tagli vertico-frontali l' antimuro si presentava come una sottile striscia con la base in basso a forma presso e poco di un triangolo, striscia che seguiva però le rientranze e le sporgenze dei solchi e delle circonvoluzioni ; nei

tagli sagittali presentava una forma elissoide di cui la superficie putaminale era perfettamente regolare, mentre quella insulare presentava le sporgenze e le rientranze già descritte. Nei tagli orizzontali, infine, mentre in un primissimo tempo l'organo presentava una forma elittica, presentava poi una forma ad S italica e si esauriva con una forma quasi rettangolare.

Se si tenta, con la scorta di questi aspetti, di ricostruire la forma completa dell'antimuro, si ottiene l'immagine di un organo laminare più largo al centro che va ora assottigliandosi e ora ingrandendosi verso la periferia, dove appunto conviene distinguere quattro angoli assai smussi, due superiori e due inferiori. Dei superiori, l'anteriore è più grosso e non è continuo per l'interporsi delle fibre del fasciculus uncinatus che stacca dall'organo delle masse cellulari più o meno grosse e più o meno ravvicinate fra loro; il posteriore che al contrario è sottilissimo termina sempre, mantenendo la propria individualità. Degli inferiori l'anteriore termina assottigliandosi, il posteriore allargandosi a triangolo e perdendo la propria continuità per lo staccarsi di masse cellulari.

Benchè non sia facile mantenere assolutamente la direzione dei tagli e si debba considerare che i diversi tagli sono condotti necessariamente su cervelli diversi, pure è possibile affermare che l'organo ha una configurazione curva, un po' concava verso il putamen; è parallelo a questo da una parte e non sempre alla corteccia dell'insula dall'altra.

È la particolare forma curva, concava, irregolare che dà qualche volta nei tagli apparenti contraddizioni.

Naturalmente bisogna ammettere ragioni di differenze individuali: bisogna tener conto del fasciculus uncinatus che ne dissocia parte delle cellule e che non sempre attraversa i medesimi punti e non sempre è formato nell'identico modo.

Naturalmente le masse separate da questo fascio, potendo essere più o meno grandi, più o meno numerose, avranno forma ed estensione diverse.

Un altro fattore è la faccia esterna dell'organo che, seguendo le sporgenze e le rientranze della corteccia dell'insula, ne riproduce, se pur non esattamente, i contorni.

Ora, anche per l'insula si può dire quanto si è detto per il fasciculus uncinatus, e cioè, anche l'insula varia da individuo a individuo e può presentare solchi meno profondi, cupole meno ottuse. L'antimuro che risente di queste variazioni non potrà presentare sempre la medesima forma.

Concludendo, l'antimuro è un organo laminare curvo e concavo che, compatto al centro, viene ad essere interrotto o addirittura spezzettato in certe parti, alla periferia, per l'interporsi delle fibre del fasciculus uncinatus.

I rapporti di continuità dell'antimuro appaiono più evidenti macroscopicamente che microscopicamente. Nelle sezioni macroscopiche, specie in quelle vertico-frontali, o anche in quelle orizzontali, si può vedere, come già risulta dalla minuta descrizione che se n'è fatta, che una parte dell'organo spezzettata s'avvicina dapprima verso il nucleo amigdaloideo e sembra poi fondersi con esso in diversi punti.

Quest'affermazione già fatta da altri AA, è anche da me accettata, solamente che non era ancora stata controllata, con precisione, microscopicamente.

L' esame microscopico, soltanto in parte, conferma l' impressione macroscopica. perchè non offre all' osservazione che scarsi rapporti di continuità reale fra l' antimuro e il nucleo amigdaloideo

Due soli sono i punti di contatto fra i due organi. Uno è dato da un sottile ponte cellulare che appare abbastanza chiaro nei tagli più posteriori, ed è formato da un numero scarso di cellule antimurali; l'altro meno evidente, ma che può considerarsi esso pure come punto di continuità fra i due organi, è dato da masse antimurali staccate che si mettono in diretto contatto con la striscia cellulare juxta-amigdaloidea già descritta.

Essendo poi questa striscia unita in alcuni punti al nucleo amigdaloideo, al quale del resto è simile per costituzione, si viene ad avere un altro punto di continuità, benchè indiretto, fra le cellule dei due organi in questione.

Non si possono chiamare punti di contatto quelli che si osservano nei tagli orizzontali dove compaiono delle rare cellule che dal sottile prolungamento inferiore dell' antimuro, parallelo alla superficie interna del nucleo amigdaloideo, si staccano per portarsi vicino a questo nucleo.

Dunque, i rapporti di continuità fra i due organi microscopicamente appaiono assai lievi e talvolta si riducono, come nei miei tagli, a qualche sottile ponte cellulare e a qualche scarsa invasione di cellule dell'antimuro nelle fibre che lo separano dal nucleo amigdaloideo.

Le connessioni grigie dell' antimuro con la corteccia insulare sono anch' esse da vari AA. ammesse ; anzi gli stessi AA. ne traggono motivo per affermare che l' antimuro altro non sia che la parte staccata del VI strato corticale insulare. Nei miei preparati non sono riuscito a scorgere una vera continuità per mezzo di cellule fra l' insula e l' antimuro.

Col putamen mai nessun punto di contatto. La capsula esterna nella sua parte superiore, soltanto nei tagli orizzontali, viene ad essere invasa da cellule antimurali, e il putamen rimane sempre completamente isolato e perfettamente fasciato, nella superficie esterna, dal resto delle fibre della stessa capsula.

Altre connessioni grigie io non ho mai scorto, nei miei preparati, con gli altri organi grigi della base.

Spiegazione delle tavole

Le due microfotografie sono state eseguite da preparati di sezioni orizzontali col medesimo ingrandimento (ob. 2 oc. 3 Koristka ; distanza focale cm. 25 ; fissativo Carnoy, colorazione Giemsa).

I) Punto in cui più si avvicinano putamen e antimuro. È evidente la netta separazione di essi per mezzo della capsula esterna ; a) antimuro b) capsula esterna c) putamen.

II) Punto in cui più si avvicinano nucleo amigdaloideo e antimuro. Non si osservano connessioni grigie evidenti : *a)* nucleo amigdaloideo *b)* antimuro.

BIBLIOGRAFIA

BERLUCCHI C. — Ricerche di fine anatomia sul claustrum e sull'insula del gatto— Riv. Sperim. di Freniatr. vol. LI, fasc. I - II, 1927.

BERKELBACH S. — Stria terminalis and amygdala in the brain of the opossum (Didelphis virginiana) — Journ. of. comp. neur. Bd. 42, n. 2, 1926.

BIANCHI L. — La meccanica del cervello — F.lli Bocca, Edit. Torino, 1920.

DEJERINE — Anatomie des centres nerveux, Paris, 1895.

LANDAU E. — Die Vorderhirnganglien — Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. II, pag. 95, 1918.

LANDAU E. — Zur Kenntnis der Beziehungen des Claustrums zum Nucleus Amygdalae und zur Area piriformis in Speziellen zum Tractus olfactorius — Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. XIII, pag. 391, 1923.

LANDAU E. Anatomia comparata del nucleo amigdaloideo, del claustrum e della corteccia insulare — Journ. of. Anatomy, Vol. LIII, Parte IV, 1919.

MONDINO — Ricerche sui centri nervosi. Torino, 1887.

per il resto della bibliografia:

G. PINTUS SANNA — Struttura cellulare e citoarchitettura dell'antimuro umano— Riv. di Neurol., fasc. III — Luglio 1930.

SOMMARIO. SOMMAIRE. ZUSAMMENFASSUNG. SUMMARY.

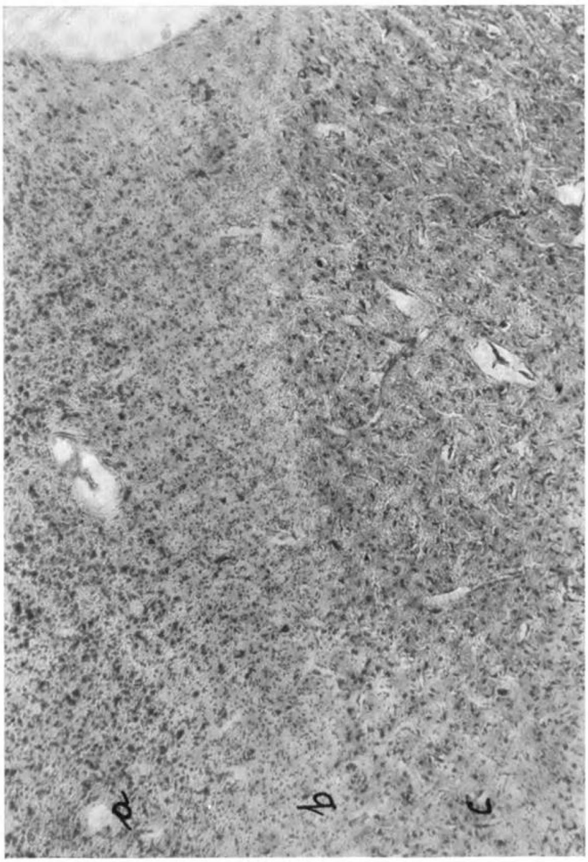
Dall' esame macro e microscopico di sezioni di cervello umano vertico-frontali, sagittali e orizzontali, condotte per studiare più particolarmente le connessioni grigie dell' antimuro umano e la sua morfologia reale polidimensionale, risulta quanto segue:

1°) Che l' antimuro è un organo laminare concavo più grosso al centro con i bordi in alcuni punti spessi, in altri sottili, in parte integri, in parte interrotti per l' interporsi del fasciculus uncinatus.

2°) Che l' antimuro ha connessioni grigie col nucleo amigdaloideo; che queste connessioni, mentre macroscopicamente sembrano molto evidenti, microscopicamente invece si riducono a qualche ponte cellulare che unisce direttamente i due organi o a qualche altra travata cellulare, pure molto esigua, che li unisce indirettamente.

3°) Che i rapporti grigi dell' antimuro con la corteccia insulare sono molto indistinti. Solo in qualche taglio sono visibili scarse cellule antimurali che invadono la capsula estrema, la quale contiene pure cellule appartenenti al 6° strato corticale insulare. Ciò però non indica una continuità cellulare dei due organi.

4°) Del putamen e degli altri organi grigi della base nessuna connessione grigia si scorge mai coll' antimuro in nessun taglio ed a nessuna altezza.



PINTUS - Forma e connessioni grigie dell' antimuro umano.

OSPEDALE PSICHIATRICO DI TERAMO (ABRUZZI, ITALIA)
diretto dal Prof. M. Levi Bianchini

SOPRA UN RARO CASO DI LITOFAGIA IN DONNA ALIENATA

del Dott. FRANCESCO TASSONI
medico della succursale di Campli

C. M. fu Vincenza, di anni 60, da Castiglione Messer Raimondo (Chieti) fu ricoverata al padiglione III dell'ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà di Roma l'11 dicembre 1927 con diagnosi di *malinconia ansiosa*.

Durante la degenza in quell'ospedale, come risulta dal diario clinico, la paziente si mantenne sempre depressa, ansiosa, mitomane, ed espresse frequentemente idee di nocumento a sè stessa. Il 28 aprile 1927 fu trasferita all' ospedale psichiatrico di Teramo dove si mantenne nelle stesse condizioni psichiche. Il 15 settembre 1929 fu trasferita alla Sezione medico-pedagogica di Campli.

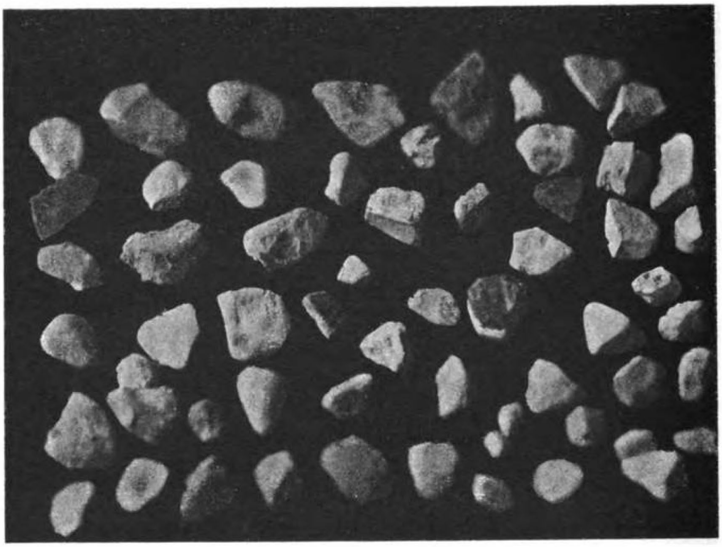
Status praesens. La paziente è sempre depressa, silenziosa, tetra, non chiede mai nulla nè risponde alle domande. Sovente ama starsene a letto con gli occhi chiusi ed in atteggiamento fisso ed immobile, talora invece sta accoccolata per tutto il giorno in un angolo della camerata o del giardino, con la testa curva sulle ginocchia. Spesso rifiuta il cibo; e la sua ostinatezza perdura per quattro o cinque giorni di seguito. Interrogata perchè si rifiuti di nutrirsi, risponde « Voglio morire ». Il più delle volte si giunge a farle assumere il cibo spontaneamente; talora invece bisogna ricorrere alle astuzie o ad una certa violenza oppure, più raramente, alla nutrizione artificiale.

La malata non offre alcun addentellato che permetta di rompere la coazione psichica che l' ha presa: non sente più affetti o almeno non mostra di sentirli; non la confortano più speranze, nè più idee fattive ravvivano la sua coscienza, sorda ai desiderii ed alla volontà euprassica; onde l' avvilimento della personalità e la tendenza alla soppressione del proprio essere intonano tristemente la gamma non più armonica del ritmo della sua vita giornaliera.

Ora, avvenne che un bel giorno, il 24 ottobre 1929, all'ora della sveglia, la paziente non volle alzarsi dal letto ed accusò disturbi alla gola. Alle domande rivoltele non volle più oltre rispondere, limitandosi a far cenno che non poteva deglutire. All'esame della gola io non riscontrai tuttavia alcunchè di anormale: non rossore, non gonfiore, non soluzioni di continuo. Le somministrai cibo liquido e solido, per prova, ed ella ingerì tanto quello che questo senza difficoltà.

Essendomi tuttavia stato riferito dalle infermiere di sorveglianza, che la paziente, sempre rincantucciata in un angolo della camerata o del giardino, e a ridosso del recinto, era solita a scalcinare i muri, ebbi il

sospetto che la paziente avesse inghiottito qualche corpo estraneo; per cui disposi che ella venisse senz' altro isolata in camera di osservazione ed assumesse senza ritardo alcuno un generoso purgante oleoso. Le mie previsioni non erano errate: la malata emise poche ore dopo, per le vie naturali e senza difficoltà, dolori o sforzi alcuni, oltre sessanta sassolini, i quali non erano, come vedesi dalla figura, rotondeggianti ed a superficie liscia, o a forma allungata, ma ad angoli aguzzi ed a margini frastagliati, di grossezza variabile, fino ad una lunghezza massima di quattro cen-



timetri, e della larghezza di due: molti del peso singolo di 15 fino a 20 grammi e tutti insieme del peso complessivo di 325 grammi, cioè quasi un terzo di chilogrammo.

Non sappiamo se questa « raccolta » fosse la quantità precisa delle pietre inghiottite o se qualcuna andasse dispersa, ad onta che la emissione avvenisse in una sola volta: nè risulta dai diarii clinici che la paziente avesse inghiottito altre volte dei sassolini od altri corpi estranei. Nè possiamo ancora precisare per quanto tempo siano rimaste, nello stomaco e nell' intestino della paziente, le petruzze che ella dovette certamente aver raccolte nel cortile dell' ospedale psichiatrico, eludendo la vigilanza delle infermiere: poichè queste ultime non avevano avuto in precedenza ad osservare alcun inizio di tale strana voracità da parte della malata.

E di ciò ci doliamo nell'interesse del caso che descriviamo, perchè senza dubbio sarebbe stato interessante uno studio radiologico completo e continuato, per stabilire il tempo che impiegavano le petruzze ad attraversare ed a sostare attraverso alle singole parti del tubo gastroenterico.

Purtroppo non possiamo nemmeno esattamente descrivere il sistema usato dalla paziente per inghiottire i corpi estranei: se cioè ella avesse bisogno o non, di bagnare precedentemente le pietruzze con abbondante saliva per renderle scorrevoli oppure si servisse di fregagioni sul petto, od usasse altro artificio allo scopo di deglutirle; oppure se l'inghiottimento avvenisse a stomaco pieno oppure quando la malata si sentisse fame. La malata, sotto questo riguardo, per quanto ripetutamente interpellata, si è sempre trincerata dietro un assoluto silenzio. Molto più fortunato a questo riguardo è stato Hayer (I) nella descrizione del suo caso di litofagia, nel quale egli ha potuto dimostrare, ciò che noi stessi abbiamo verificato nel nostro: e che cioè la polifagia, anche datante da lungo tempo, non aveva prodotta alcuna lesione o dilatazione dell'intestino riconoscibile all'esame radiologico.

Il nostro caso tuttavia ci sembra abbia un'importanza tutta particolare in rapporto alle alterazioni patologiche del tubo gastroenterico, sia nel senso funzionale che anatomico: lesioni che, pur dovendosi legittimamente presumere esistenti o esistite per effetto della quantità e della qualità aguzza delle pietre inghiottite, in realtà non hanno mai esistito. La nostra paziente emise dalle vie naturali le pietruzze, di cui alla figura, senza fastidii di sorta, senza alcuno sforzo od espressione di dolore; non si osservarono nè prima nè dopo mai emissione di feci scure, nè tracce di sangue vivo, nè di muco. La malata per tutto il tempo presumibile in cui ingerì le pietruzze, (e certamente dovette trattarsi di giorni e di settimane, almeno), non accusò alcuna diversità di condotta psicosomatica dalla abituale: tanto che, come dicemmo, solo una presunzione clinica ci mise in grado di scoprire la non comune avventura della paziente stessa.

I casi di litofagia pura, (quelli di geofagia o di pantofagia negli alienati, nei bambini, nei ciarlatani, non sono rarissimi) sono assai poco comuni. Oltre al caso interessante e bene illustrato di Hayer, già citato, ne conosciamo un altro, riferito da Carossini e Vannucci (2) all'Accademia medicofisica fiorentina nel 1923, col relativo reperto anatomopatologico: ma si trattava di un individuo il quale da 35 anni esercitava il mestiere di mangiapietre, esibendosi nelle pubbliche piazze ed ingoiando sassi di grossezza variabile da 4 ai 6 centimetri, ma di forma ovoidale ed a superficie liscia. Altri casi sono riferiti da Labbé, Van Gieson, Cerné, Loheissen, Warbasse (citati da Carossini e Vannucci) nei quali non sempre i corpi estranei furono emessi dalle vie naturali, ma spesso richiesero l'intervento chirurgico (gastrectomia).

Katsch (citato da Hayer) nel suo capitolo sulla gastrectasia polifagica del trattato di medicina del Mohr e Staehlin, oltre che occuparsi degli individui che in primo tempo ingoiano pietre o corpi estranei comunque, a scopo di lucro, ed in secondo tempo diventano, per una paradossale necessità fisiologica di « riempire lo stomaco », divoratori abituali di pietre; riferisce il caso di un polifagico e litofagico a nome Kolnicher, morto nel 1771, di cui anche la madre e la nonna erano state litofaghe, e che, ad ogni pasto, mangiava abitualmente dei ciottoli. All'autopsia, di cui esiste tuttodì conservato il protocollo, si trovarono nello stomaco 18 ciottoli, e 56 nel tenue e nel colon: di cui tuttavia non era specificata la grandezza, ma il cui peso era superiore al pfund (libbra). L'esofago ed il piloro, come pure tutto il rimanente del tratto intestinale, apparivano più forti ed ampi (stark und weit) della norma.

Wölfler e Lieblein, pure citati da Hayer, riferiscono su tre casi di polifagia in cui esisteva pure litofagia: dei quali uno, particolarmente interessante, che riguardava un alienato di 40 anni che confessò di aver ingerito per lungo tempo pietre e chiodi. Dopo un purgante di olio di ricino, costui evacuò due piccoli frammenti di pietra, ma oltre a ciò chiodi, viti, pietre intere e spine di pesce. Ma anche qui non è riferito sulla grandezza delle pietre: è detto solamente che i corpi estranei pesavano 19 once (circa un quarto di chilo).

Per quanto riguarda il nostro caso speciale, l'esame radiologico eseguito il 12 agosto 1930 dal radiologo dell'Ospedale Civile di Teramo, dott. M. Muzii, per verificare se nel tubo gastroenterico esistessero, dopo l'evacuazione delle pietre, altre pietre o corpi estranei, dette il seguente responso: « Un chiodo ed un filo metallico piegato a matassa, nel cieco; un ago nel retto ». Oltre a ciò, la somministrazione del pasto opaco non dimostrò alcuna lesione o alterazione morfologica od anatomopatologica sia nell'esofago, che nello stomaco che nel duodeno: nulla pure al rimanente del tratto intestinale.

In seguito a somministrazione di 500 grammi di una purée di patate e di un'ulteriore generosa somministrazione di olio di ricino, a 4 ore di intervallo l'una dall'altra, la paziente emise per le vie naturali l'ago spuntato: ma, per quanto fu dato verificare nelle feci di quel giorno e del giorno seguente, null'altro.

La nostra paziente, da quando ha evacuato le pietre e l'ago, fino ad oggi, non ha accusato nè ha fatto mai intendere che soffrisse disturbi di sorta allo stomaco, all'intestino, all'ano; ella si alimenta normalmente e regolarmente con la dietetica ordinaria di tutte le malate sue pari.

Il caso attuale adunque mi sembra che sia assai raro e che non trovi alcun eguale riscontro nella scarsa letteratura della litofagia: sia per la forma aguzza delle pietre che la alienata aveva ingerite, sia per la finalità suicida — e non per abitudine, parageusia o professione, — con cui le aveva ingerite, sia infine per la assoluta incolumità dei suoi visceri anche di fronte agli angoli acuti ed ai bordi taglienti delle pietre stesse.

Infatti è vero che anche il caso originale di Hayer (un idiota di 24 anni, geofago e formidabile litofago di pietre grosse fino ad un uovo di gallina, che ne emise 54 in tre giorni, del peso complessivo di 1130 grammi) è assai simile al nostro (analgesia assoluta alla deglutizione ed al passaggio delle pietre nel canale alimentare, assenza di sintomi subbiettivi, facilità e spontaneità di defecazione delle pietre senza dolore o sangue, negatività assoluta della immagine radiografica a gli effetti di reperti anatomopatologici dei visceri): ma, in questo caso, come si vede chiaramente dalla figura annessa al lavoro di Hayer, le pietre erano totalmente lisce, rotondeggianti, tutt'al più bitorzolute: ma nessuna a bordi taglienti e ad angoli acuti; caratteristiche appunto le quali costituiscono la novità e la particolarità più perspicue del nostro caso.

Teramo, novembre 1930.

BIBLIOGRAFIA

1. Hayer — Ein Fall von Litophagie - Fortschritte a. d. G. d. Röntgenstrahlen, 1927, p. 1049.
2. Katsch — Polyphagische Magenerweiterungen — in: Handb. d. inn. Med. 1. Mohr und Staehlin, Springer, Berlin, 1926.

3. Wölfler und Lieblein — Fremdkörper des Magens und Darmkanales des Menschen — Enke, Stuttgart, 1909.
4. Carossini e Vannucci — Su di un caso di litofagia abituale — Il Morgagni, 1923, p. 487.
(N. B. I numeri 2 e 3 sono riportati da Hayer).

Sommario. Sommaire. Sommary. Zusammenfassung

Tassoni riferisce un caso di litofagia in una alienata malinconica, la quale aveva ingoiate pietre aguzze allo scopo di procurarsi la morte e che invece non aveva risentito, dal pasto pericoloso e di nuovo genere, alcun danno, sia funzionale che anatomico, al tubo digerente, per tutta la sua lunghezza. Il caso è nuovo nella letteratura psichiatrica, in quanto si riferisce a corpi estranei particolarmente pericolosi, sia per il loro numero, sia per l'abbondanza di bordi taglienti e di spigoli aguzzi; per quanto invece non siano tanto rari i casi già noti di mangiatori di pietre rotondeggianti, senza spigoli, e perciò, ceteris paribus, inoffensive a gli effetti della vita e della integrità del canale alimentare.

EDUCAZIONE E PSICOLOGIA INDIVIDUALISTICA IN RAPPORTO AD ALCUNI TIPI DI BAMBINI DIFFICILI

Prof. M. LEVI BIANCHINI
Direttore dell' Ospedale Psichiatrico Consortile
di Nocera Inferiore (Salerno-Campania) Italia

I. Alcune premesse teoriche

La psicologia individualistica chiama in tesi generale « irritabili » (reizbar) gli individui incapaci di reagire in modo congruo alle esperienze della vita; « equilibrati » (feinfuehlig) quelli che sono presenti a sè stessi e capaci di autoregolazione. Ne deriva che la legge psicologica fondamentale su cui essa si basa per indicare la via della educazione del bambino non meno che dello adulto, come pure per curare le loro psiconeurosi e le loro deficienze condottuali, è formulata nel seguente modo: « Quanto più irritabile è un individuo, tanto meno egli è equilibrato; tanto più ristretta è la cerchia dei suoi rapporti sociali, tanto più ostacolato ed insicuro è il suo procedere nella vita verso il successo: poichè l' equilibrio condottuale dell' uomo è inversamente proporzionale alla sua irritabilità, al suo sentimento di inferiorità ed al suo bisogno di valere ».

Ogni esperienza umana (Erfahrung) si riflette e si converte di solito, nella nostra psicologica interiorità, in una impressione (ripercussione) affettiva (Erlebnis) più o meno stabile ed intensa, ma che assume due caratteri estremi: quello della positività, quando essa impressione aumenta il nostro patrimonio psicologico perchè conduce ad un'engramma o ad un complesso ideoaffettivo utile alla vita, in quanto accettato come tale al controllo del raziocinio, del coraggio e del sacrificio; quello della negatività, quando tale impressione non viene accettata e non riesce a superare le difficoltà contenute nella esperienza; poichè si ripiega su sè stessa, traducendosi in dolore inadeguato, in reazione incongrua, in scoraggiamento o in furore. L' impressione positiva, cioè il superamento delle difficoltà accettate ed affrontate, aumenta il patrimonio del nostro coraggio e quindi della nostra forza intrinseca: quella negativa, lo diminuisce, fino a distruggerlo. Un uomo il più squisitamente e patologicamente eccitabile può divenire perfino l'essere più apatico del mondo, appunto perchè tale eccitabilità, che egli non è capace di padroneggiare, gli arreca tanto dolore e tanto danno, da ridurlo poco per volta a comprimerla, ma in pari tempo ad allontanarsi definitivamente dall'ambiente umano. Su ciò appunto consiste la differenza fra il sano e il malato, fra l' eccitabile e l'equilibrato: poichè quest' ultimo, anzichè ritirarsi dall' àmbito del consorzio umano, utilizza i freni imposti alla propria eccitabilità, per meglio vivere in esso e dominarlo.

Diamo un esempio pratico sul modo come un'esperienza deve venire utilizzata in senso positivo, nell' educazione del bambino e nell' orientamento euristico delle sue prime impressioni affettive. Esso è tratto dalla mia pratica personale.

Una bambina di tre anni, giocando con un coltellino usato per cogliere i fiori del giardino, si ferisce al polpastrello di un dito. Spaventata per il dolore e per il sangue che esce dalla piccola ferita, corre piangendo dalla madre, per aiuto. Che cosa deve fare la madre?

Una madre troppo sensibile si metterà in disperazione: unirà il proprio spavento a quello della bambina, la stringerà affannosamente al seno e correrà scompostamente in cerca di aiuto.

Un' altra le afferrerà la manina con una certa malagrazia e incomincerà a rimproverarla per la storditezza e per la disobbedienza dimostrate. « I bambini sono bambini: non devono toccare le cose degli adulti; bene ti sta, orsù, andiamo dal dottore ».

Una terza la prenderà nelle braccia sorridendo e dicendo tranquillamente: « Che è successo? Oh, guarda, il ben sanguino (Neologismo, diminutivo di sangue. Esso è realmente la parola che la madre ha creato in questa occasione, per la bambina) che esce. Vedi com' è bello rosso? Non ti pare che sia rosso come il succo delle ciliege di stamane? come il succo che ti imbrattava tutta la boccuccia »? E così dicendo, la intelligente madre la abbraccia e la fa ballare sulle ginocchia mentre stringe il ditino ferito con il bordo del fazzoletto per arrestare il sangue e si avvia con la piccina verso la stanza del guardaroba per medicarla secundum artem. La piccina si calma per incanto, mentre le ultime lagrime calde dei belli occhi infantili scendono sulle gote rosee, ormai rasserenate e sorridenti.

La prima madre distrugge inconsapevolmente nella sua creatura qualsiasi senso di individualità e di coraggio; poichè insegna alla bambina di ricercare sempre l'aiuto dei propri mali all'infuori di sè stessa e di esagerare il dolore. Non sa iniziarla alla condotta della vita, cioè alla sofferenza, alla libertà ed al coraggio.

La seconda crea nella bambina, sotto il peso di una inadeguata accusa di responsabilità, il sentimento di colpa e di inferiorità, le cui tragiche conseguenze ci sono già note dalla psicoanalisi freudiana e dalla individualpsicologia adleriana: come pure alimenta l'ostilità di costei verso ogni manifestazione umana che rappresenti il principio di autorità. Non sa educare la sua creatura e le insegna, inconsapevolmente, a odiare, non ad amare; cioè a distruggere sè e gli altri, non a costruire.

Ma la terza è nel vero. Ella insegna alla sua piccina a riporre ogni fatto umano entro alla sua cornice adatta e reale: non fittizia o subbiettiva; non troppo grande, non troppo piccola. Le insegna ancora la serenità nella vita, il coraggio nella disavventura, la sicurezza nella condotta. Le infonde, in una parola, la concezione integrale e concreta dell'individuo: non quella unilaterale e variabile di una responsabilità o di una colpevolezza che in ben diverse e più gravi circostanze dev' essere eventualmente avanzata. Le insegna a superare le difficoltà della vita, non con la sentimentalità paralizzante, ma con la razionalità efficiente. L'esagerazione del sentimento, si tenga bene in mente, non fa spesso altro che mascherare l'impotenza della ragione o la manchevolezza del coraggio individuale e della volontà ad agire.

Per conchiudere: le due prime madri sono, se così è permesso dire, educatrici alla moda antica: ma la terza madre è una vera educatrice: un'educatrice moderna.

Ci sia permesso a questo punto di insistere sulle inconciliabili divergenze orientative, pragmatiche e psicologiche esistenti fra l' antica e la moderna pedagogia. L'antica pedagogia era caratterizzata dall'insegnamento tradizionale di formule cristallizzate a carattere proibizionista, immobili e immutabili. Dimenticando volentieri Lotze per Fröbel e Pestalozzi per

Rousseau, essa predicava sopratutto « non si deve far questo: non si deve far quest' altro », quando ancora non saltava a pie' pari — impregnata di un falso sentimentalismo — gli argomenti scabrosi e di ordine sessuale: di modo che il suo contenuto intrinseco, oltre che riuscire incompleto e inadeguato, veniva a risaltare negativo e non positivo; pessimistico anzichè ottimistico: anche se l'immortale Gian Giacomo proprio allora aveva affermato — perfettamente a torto — che l'essere umano nasceva congenitamente buono. La sua metodica abbracciava di conseguenza quasi esclusivamente il campo morale ed intellettuale: ma pressochè per nulla quello psicodinamico, condottuale e sociale. Il bambino, per effetto di essa, veniva spesso i s o l a t o, anzichè a s s o c i a t o alla vita ed all'educazione; poichè l'educazione cioè l'adulto, anzichè muovere con la propria maggiore esperienza in suo aiuto, adoperava questa sua esperienza solamente come istrumento di autorità e di tirannide; giungendo al solo risultato di creare in lui il sentimento di inferiorità e di scavargli, anzichè preparargli e spianargli, il terreno di sotto ai piedi.

L' educazione moderna, e sopratutto la individualpsicologica (della psicoanalitica parleremo altrove) batte una strada diametralmente opposta. Essa si propone un compito preciso, realistico, concreto, vivo: ed è sempre disposta a mutarsi, qualora tale mutazione si renda necessaria nel senso di una maggiore realizzazione e perfezione nell' orbita d e l l a c o n d o t t a e d e l p r o g r e s s o u m a n i. Essa prepara il bambino a rispondere con i propri mezzi a tutte le esigenze della vita: crea in lui a tale scopo la capacità individuale di reagire, cioè gli immedesima i principii della libertà e del coraggio, dell'adattamento alla realtà e alla sana volontà di dominio. Essa intende — e in tal senso lo istruisce — che il bambino diventi capace di risolvere da sè solo — razionalisticamente e non solo sentimentalmente — il massimo numero possibile delle proprie esperienze obbiettive e delle proprie impressioni interiori; delle proprie situazioni e delle proprie difficoltà. La sentimentalità è per vero il profumo più squisito della vita e dell'anima: ma l'abuso che ne fanno, nella vita e nella educazione, sopratutto i popoli di razza latina, porta alla distruzione della ragione, all' annichilimento dell' azione, alla perdita di ogni dominio e di ogni direttiva su sè stessi, e di conseguenza sugli altri.

L'educazione moderna e individualpsicologica crea adunque nel bambino la personalità umana: lo rende progressivamente indipendente dai genitori e dalla spesso perniciosa tutela degli adulti; lo fa vivere il più che sia possibile in consociazione con i propri coetanei, poichè solo a contatto con questi è capace di imparare a conoscere le nozioni più adeguate a lui della vita e dell' ambiente, come pure gli obbietti e gli obbiettivi fondamentali della vita stessa. Essa gli fa lo scalino adatto alla sua gamba, ma non lo costringe ai voli pindarici o alle gambate degli stivaloni delle sette miglia. La sua concezione della vita è eminentemente positivistica ed ottimistica; non sentimentalistica e pessimistica. Ella prepara il bambino, in una parola, alla vita, evitando con cura l' insorgenza del sentimento di inferiorità, per impedire che il tenero essere si voti, anzi tempo e senza adeguato motivo, all'insuccesso, alla sconfitta e addirittura al naufragio, ma in pari tempo neutralizza il suo morboso bisogno di dominio o di affetto, ove questo sia già stato creato e fomentato da una educazione famigliare o pedagogica fondamentalmente errata.

Essa conosce a perfezione i tre mezzi di lotta di cui dispone il bambino difficile, vittima di una educazione sbagliata: l a c i v e t t e r i a,

la paura, la caparbietà ed i tre tipi fondamentali che ne sono i rivelatori: il bambino viziato, cioè troppo accarezzato; il bambino remissivo, cioè timido, perchè impaurito; il bambino aggressivo, perchè maltrattato e privato di amore: ed è quindi perfettamente cosciente e padrona dei mezzi necessarii per scoprirli, curarli e guarirli, trasformandoli integralmente.

I quali tipi ed i quali mezzi vogliamo brevemente esporre e chiusa della nostra trattazione.

II. Alcune applicazioni pedagogiche pratiche

Poichè la ragione degli insuccessi nella vita dipende nella maggioranza dei casi, secondo la individualpsicologia, da un'erronea educazione ricevuta in casa od in iscuola, si comprende come il compito di un educatore addestrato debba essere quello di scoprire le vie percorse da questa educazione sbagliata, di farle rifare al bambino a ritroso, di riaprire a questo l'accesso alla realtà ed alla vita della comunità. Naturalmente, noi dobbiamo a tale scopo studiare i sintomi e scoprire le sorgenti prime di una erronea condotta infantile; ed in tale studio arriviamo ad isolare molti tipi assai caratteristici di bambini abnormi, dei quali tre sembrano essere, come già dicemmo, i più importanti a conoscere: il bambino viziato, cioè troppo accarezzato ed accontentato in maniera eccessiva nei proprii desiderii; il bambino remissivo in maniera eccessiva, cioè represso e compresso in tutte le proprie iniziative: il bambino ribelle (ostinato, o violento, o aggressivo) cioè maltrattato e privato di amore.

Studiamoli ora, brevemente, uno per uno.

I. Il bambino viziato per eccesso di tenerezza e di accondiscendenza; quello cioè che impara ad avere soddisfatti tutti i proprii desiderii, senza vederli discussi, viene a trovarsi nella tragica situazione di un essere al quale siano del tutto ignoti gli elementi reali della necessità e della vita; ed al quale manchino perciò — per non essere mai stati allevati e messi alla prova — il raziocinic, la capacità di decisione, l'indipendenza delle azioni e della condotta; in una parola, l'organizzazione della personalità e la struttura del coraggio. Sotto la fallace parvenza di un dominatore nell'ambito ristrettissimo della propria famiglia, egli nasconde un' assoluta impotenza nell'ambito sociale e scolare, la quale impotenza viene di regola a svelarsi in modo improvviso e tragico al primo urto inaspettato con la vita. Infatti, fintantochè il bambino è mantenuto lontano dai conflitti, egli agisce in modo organico e continuativo: ma non appena si presenta a lui una situazione difficile e conflittuale (morte di famigliari, rovesci economici, nascita di fratellini) si rivelano la sua impotenza psicologica e sociale di fronte al fatto nuovo e la sua morbilità behavioristica. In tali casi, ed il più delle volte, il soggetto finisce per rifugiarsi inconsciamente nella malattia; da potente diviene impotente; da laborioso, pigro; da docile, irritabile; egli si manifesta, in una parola, quale veramente è, cioè debole, avvilito, privo di iniziativa e di direttiva. Incapace di agire utilmente e quindi di « volere » e « valere » per sè stesso, egli si ammala di « nervosità infantile » o di « convulsioni »: divenendo per tale motivo un essere degno di particolare attenzione, com'era prima: con questo di diverso, che per essere malato, egli è divenuto un soggetto posto al di sotto della efficienza sociale ed in tutti i modi perciò un mi-

norato, tale quale come prima. Il circolo vizioso della sua falsa educazione si rinserra più stretto attorno a lui, ed è allora che soltanto la rieducazione individualpsicologica può intervenire per salvarlo dalla neurosi affettiva oppure, ove ancora sia possibile, dal naufragio.

2) Il bambino eccessivamente obbediente e docile, a sua volta, è in particolar modo vittima di una severità famigliare sbagliata. Per effetto della insistente e cieca oppressione esercitata dall'autorità parentale, egli perde totalmente la possibilità di acquistare quel concetto di libertà e quel giusto senso di responsabilità individuale che costituiscono gli elementi basali della condotta umana normale: giunto alla scuola e messo in contatto della comunità, dalla quale ha sempre vissuto isolato, si trova perduto. Egli è incapace di orientarsi con quella indipendenza che egli vede svolgere dai propri compagni, sente più che mai acuto il senso di inferiorità ed il bisogno di valere, ed allora cerca di accodarsi ai compagni più forti e prepotenti, servendoli masochisticamente in tutte le loro imprese. Oppure si rifugia nella f a n t a s t i c h e r i a o n e l l a b u g i a, i due puntelli rivelatori della debolezza umana, dello scoraggiamento, e della volontà paradossale, ma in pari tempo dell' incapacità reale alla lotta per la vita, e del rifiuto ad affrontare a viso aperto la maschera paurosa della realtà, cruda e difficile.

Nella fantasticheria il bambino — come l' isterico — cerca di vivere illusoriamente quella vita che è incapace di vivere realmente, o vive di una vita che la realtà respinge come inadeguata; nella bugia egli si rifugia col triplice scopo di sfuggire alla temuta realtà, di nascondere la propria paura, di non far conoscere alla società i componenti negativi della propria debolezza logica, psicologica, affettiva e condottuale. Dalla bugia al furto, nei casi gravi ed estremi, il passo è breve; da questo alla incorreggibilità ed alla criminalità giovanile, pure breve. Il ragazzo debole ed oppresso teme di apparire quale è: perciò, divenuto bugiardo per nascondere sè stesso, diviene pure ladro, per vendicarsi del mondo e per possedere ciò che desidera, ma non sa, altrimenti che col furto, appropriarsi. In una parola, per « apparire » forte e potente. La mancanza del senso di responsabilità gli fa disconoscere i rapporti fra « mio e tuo »; fra « volere e potere e dovere »; lo scoraggiamento di cui è preda lo rende tanto nemico di sè stesso e degli altri, da condurlo — lui vile e pauroso — al disperato coraggio del delitto giovanile.

3) E per ultimo, anche il ragazzo aggressivo, cioè asociale o antisociale, diviene tale, per quanto sembri una contraddizione l' affermarlo, sulla base dello scoraggiamento e del senso di inferiorità, che in lui sono creati da una educazione senza luce e senza calore, La volontà di predominio che egli dimostra con la propria aggressività e con uno stato di permanente ostilità verso la famiglia e l' ambiente sociale, deriva dalla reazione ad un atteggiamento di severità persistente e di immotivata oppressione — spesso crudeltà, sadismo — da parte dei genitori o degli educatori: il bambino che si sente p r i v o d i a m o r e, diventa lui stesso privò d'amore, cioè c a t t i v o. È in questi casi pietosissimi, nei quali più che mai si rende manifesta l' ignoranza dei genitori e dei maestri; poichè è in questi casi, in cui la diagnosi di inguaribilità morale è proposta con la maggiore convinzione ed in cui la terapia usata consiste generalmente nella severità più cieca, nelle punizioni più numerose e gravi, nella esclusione dal consorzio umano.

L' errore è stolido e fatale. Sono proprio questi ragazzi quelli che devono venir ripresi con un lavoro paziente e tenace di amore, di bontà

e di persuasione: quelli le cui anime gelate debbono venir riscaldate alla fiamma vivificatrice della solidarietà umana e della amicizia fra adulti e bambini. Solo l'amore è perennemente generoso ed efficace non solo nell' educazione dell' infanzia, ma ancora nella conquista del mondo: solo la bontà, ben più che la severità e la condanna, raddrizza ed illumina la mente, guarisce il dolore, conquista l' anima.

Ed ora, concludiamo.

La psicologia individualistica sostiene a ragione che le cause determinanti la irregolarità di condotta, la iposocialità e la nervosità del bambino, (a parte, ben si comprende, le malattie organiche e costituzionali vere e proprie) dipendono dal sentimento di debolezza, dal malcontento, dall' egotismo, dalla incapacità di corrispondere adeguatamente ai compiti della vita, causati da una erronea educazione: in una parola, dall' inadattamento dell' Io (sentimento individuale) all' ambiente sociale, cioè al Non - Io (sentimento sociale). Il compito della pedagogia individualpsicologica apparisce perciò chiaro e preciso. Essa si propone di illuminare i genitori ed i maestri sui rapporti di causa ad effetto della erronea educazione sulla asocialità del bambino; istruisce e guida i primi; istruisce, guida e guarisce i secondi.

La asocialità del bambino — qualunque sia la forma sotto cui si manifesta — consiste in una erronea presa di posizione del bambino di fronte alla vita, per colpa di un erroneo indirizzo educativo: per modo che la vita apparisce al bambino troppo difficile e inadeguata ai propri mezzi di lotta, che egli giudica, non per sua colpa, insufficienti e deboli. La individualpsicologia invece dimostra che il bambino deve venire educato, fino dal principio della vita, al senso di responsabilità ed alla nozione di indipendenza, di equilibrio e di iniziativa; afferma pure che egli non deve venir punito dei suoi errori condottuali, perchè quasi sempre imputabili ai genitori ed ai maestri, ma raddrizzato ed illuminato: con lo spiegargli la natura dell' errore e col fargli comprendere come l'errore stesso — in quanto lo diminuisce di fronte alla vita — costituisca già per sè una punizione adeguata e sufficiente.

La punizione che si infligge al bambino raggiunge — in tesi generale — assai difficilmente un risultato pratico, morale e sociale: ma ottiene spesso l' effetto opposto; cioè riesce dannosa ed esiziale, in quanto spinge il bambino ad isolarsi dal mondo, per la inadeguata vergogna che egli ne prova e per il senso di vendetta che essa in lui provoca. Grave errore è pure il biasimo pubblico che umilia e ferisce in maniera inadeguata, mentre avvilisce in maniera spesso irreparabile, per lo scoraggiamento che trae seco. Debbono così pure essere bandite in via assoluta le intimidazioni, le minacce dell' Orco e del diavolo, le privazioni, le penitenze, le busse.

Una legge fondamentale della individualpsicologia è che il conoscere od il curare una sola manifestazione morbosa della condotta del bambino costituisce un metodo da evitare. Per conoscere, curare e guarire il bambino erroneamente educato, è necessario conoscere tutta la situazione anamnestica che ha creati gli errori di condotta; analizzare tutte le situazioni pregresse dell' ambiente educativo; scoprire e coordinare tutte le cause remote e prossime, famigliari e individuali dello scoraggiamento che sta a base di questi errori stessi. Il credersi infallibili, come fanno spesso i genitori ed i maestri: l' imporre un' autorità non necessaria o che non possiedono; il ritenere che l' educazione consista soltanto nell' ottenere un' obbedienza incondizionata; l' imporre al bambino di umi-

liarsi ; il costringerlo ad assumere compiti inadeguati alle sue forze, sono tutti fattori i quali creano in lui lo scoraggiamento e la rivolta, la paura e l' incertezza. Sono tutti metodi che distruggono, forse per sempre, in lui, l' interesse alla riuscita e la presa di contatto con la realtà, dal momento che gli insegnano a giudicare sempre soltanto come una vergogna od una colpa, ogni loro più piccolo non riuscito tentativo nella condotta, nell' azione e nella vita.

In ogni errore del bambino è contenuto un problema morale e sociale che dev' essere risolto sia dall' educatore che dal bambino stesso, ed è l' educazione che deve insegnare al bambino il modo come risolverlo. In tal maniera, non sole gli è offerta una via di scampo dall'errore — fase negativa — ma è aperta a lui la via di possesso di una situazione reale, fino allora a lui ignota — fase positiva.

Egli non teme allora più la punizione in sè stessa : in quanto che impara a conoscere la vera unità di misura del torto e della ragione, del giusto e dell' ingiusto.

Ma non basta conoscere la genesi e la natura dell' errore infantile, per educare il bambino ; come non basta il solo amore — che deve essere in ogni caso immesso — a sostituire il sapere. Le condizioni richieste per bene educare secondo una pedagogia moderna e dinamica, sono l' esperienza, l' assenza di pregiudizi e di formule cristallizzate, l'esatta valutazione delle capacità psichiche del bambino e della misura del lavoro di cui è capace. Ma ancora, la necessità di educarlo al coraggio ed al lavoro, alla fiducia in sè e negli uomini : illuminandolo sui suoi errori, non punendolo per questi. Anzichè dirsi « come posso salvare un bambino », l' educatore deve imporsi il compito « come debbo lanciarlo nel mondo » e la risposta che egli si deve dare è una sola : brevissima, vera e necessaria : « Con tutta la mia scienza e con tutto il mio amore, insieme ».

Sommario. Zusammenfassung. Sommaire. Summary.

Levi Bianchini espone alcuni principi direttivi della individualpsicologia adleriana in materia di educazione dei bambini, specie di alcuni tipi fondamentali di bambini difficili ; quali il bambino viziato, il bambino remissivo, il bambino aggressivo e cattivo ; ponendo in rilievo la utilità e la necessità di tali principi, basati sulla concezione morale e dinamica della vita, della educazione al coraggio e dell' amore sapiente e cosciente alla fanciullezza.

Clinica per le malattie nervose e mentali della R. Università - Bologna
Direttore: Prof. C. CENI

ULTERIORI OSSERVAZIONI SUL COMPORTAMENTO DELLA GENO-CUTI-REAZIONE NEI GIOVANI

Dott. PAOLO JEDLOWSKI, Assistente

I

Applicando su una scarificazione praticata sulla cute una piccola quantità d'estratto ghiandolare sessuale di vertebrati inferiori, si osserva un fenomeno particolare: la comparsa d'un'eruzione del tipo ponfoide, circondata generalmente da un alone rossastro.

Tale fenomeno che dal Ceni, che per primo l'ha messo in evidenza e studiato, è stato chiamato « Geno-cuti-reazione », può essere attualmente spiegato solo ammettendo ch'esso rappresenti una risposta dell'organismo allo stimolo locale di sostanze germinali, risposta che a seconda della sua intensità svelerebbe lo stato particolare di allergia o di anergia dell'organismo di fronte a tali stimoli.

Lo stato allergico sarebbe legato alla funzionalità delle ghiandole sessuali ed evidentemente anche del cervello, dati i rapporti che intercorrono fra questi due sistemi, rapporti messi sperimentalmente in luce dal CENI stesso nelle sue ricerche sugli animali cerebro-traumatizzati.

Il « Liquido - test » usato nella Geno - cuti - reazione è, com'ho detto, costituito da un estratto di ghiandole sessuali, estratto che non deve esser confuso con gli ormoni sessuali specifici in quanto non possiede alcun carattere di specificità, è bivalente per ambo i sessi, ed è probabilmente costituito da principii proteici; inoltre reazioni di tipo simile a questa possono esser determinate anche da sostanze estrattive di altre ghiandole.

Fin dall'epoca della sua prima comunicazione il CENI indicava i rapporti esistenti fra la reazione e l'età, gli stati fisiologici della donna, le condizioni generali e psichiche dell'organismo in esame, praticando la reazione su 678 individui.

Successivamente il DE NIGRIS estendeva le ricerche su 1016 alienati, il COCCHI sui sordomuti, ecc. Da tutte le osservazioni di questi autori veniva ancora una volta confermata la grande diversità che la reazione (detta dal CENI Geno - cuti - reazione) presenta nei vari individui a seconda dello stato in cui si trovano all'epoca dell'esame e si stabiliva, (come era già stato indicato dal CENI) che la reazione, rispetto all'età, ha un comportamento che nei sani è pressocchè costante: manca nella prima infanzia; poi iniziatasi, aumenta gradatamente per raggiungere infine la sua massima intensità nell'epoca che corrisponde al completo sviluppo sessuale dell'organismo; che nei malati comuni essa manca (anergia cutanea genetica) solo in quelli profondamente debilitati (anergia somatica); che infine negli alienati essa è debole od assente sopratutto in quelli affetti da forme a carattere depressivo (anergia genetica centrale), mentre è presente ed anche ben marcata in quelli affetti da forme a carattere esaltato.

II

Come ho già accennato, il fattore età ha una grande importanza nella Geno - cuti - reazione. I dati a questo proposito riferiti dal CENI sono i seguenti:

ETÀ		REAZIONE			
		+ + +	+ +	+	—
Mesi	0-15	0 %	0 %	13 %	86,3 %
Anni	2-10	0 %	8,3 %	8,3 %	83 %
»	10-15	0 %	4,8 %	47,6 %	47,6 %
»	19-50	63 %	34,8 %	2,2 %	0 %
»	60-85	14,5 %	29 %	27,2 %	29 %

Nelle mie ricerche ho voluto limitare lo studio della reazione ad una determinata categoria di individui: a quelli cioè aventi un' età fra i 19 ed i 21 anni. Nella tabella sopra citata troviamo che dai 19 ai 50 anni la reazione presenta il seguente comportamento medio: reazione massima (+ + +) nel 63 % dei casi; media nel 34,8 %; lieve nel 2,2 %.

Con ciò però non si può dire che negli individui di vent'anni circa la reazione presenti proprio le stesse caratteristiche che rappresentano il comportamento medio per una serie compresa entro abbastanza ampi limiti di età: ma essa ha una curva sua particolare che nella media si combina con quelle delle altre età.

Fino al Maggio del 1930 io avevo studiato la Geno - cuti - reazione in 330 individui di 19-21 anni ed avevo trovato le seguenti proporzioni:

G. C. R. intensa:	278 =	84,25 %
media:	34 =	10,30 %
lieve:	14 =	4,24 %
negativa:	4 =	1,21 %

Già da questo primo gruppo di osservazioni risultava dunque che negli individui giovani la reazione riesce intensamente positiva in un gran numero di casi, comunque in una proporzione maggiore di quella che si osserva nei dati statistici riferentisi al gruppo di persone fra i 19 ed i 50 anni. Complessivamente 52 casi avevano mostrato una reazione inferiore alla massima e di questi 4 una reazione negativa. Avevo però già allora fatto notare che dei 4 individui a reazione negativa, 3 avrebbero potuto esser eliminati da una statistica che doveva riferirsi esclusivamente ad individui esteriormente sani, in quanto presentavano tracce evidenti di astenia somatica o psichica; era dunque prevedibile che in essi la reazione sarebbe risultata negativa o per lo meno molto debole per fatti d'anergia somatica o centrale. In un solo individuo la reazione era riuscita negativa ad onta delle condizioni apparentemente ottime della sua salute. Ma

poco tempo dopo, all' inizio del servizio militare, il giovane venne ricoverato in osservazione presso l' ospedale militare di Bologna per l' improvvisa insorgenza di una malattia mentale.

In tutti gli altri individui nei quali la reazione era apparsa media o debole avevo potuto constatare uno stato di debolezza generale più o meno marcata.

III

Aggiungo ora i dati fornitimi da ulteriori osservazioni compiute dopo che avevo comunicato i fatti sopra esposti al IV Congresso di Medicina Legale (La Geno - cuti - reazione nei giovani).

I dati in parola si riferiscono ad una serie di 200 individui della stessa età dei precedenti.

In questo gruppo sono raccolti esclusivamente soggetti in apparenza perfettamente sani se pur presentanti naturalmente notevoli differenze fra di loro rispetto allo stato di nutrizione e di robustezza.

In alcuni casi ho potuto praticare la reazione anche durante il corso di brevi infezioni acute non implicanti però alcun fatto di notevole decadimento organico e quindi incapaci di influire seriamente sull' estrinsecarsi della reazione cutanea.

Riporto nel seguente specchietto i risultati delle mie osservazioni:

Geno - cuti - reazione	+ + +	172 = 86 %
» » »	+ +	15 = 7,5 %
» » »	+	12 = 6 %
» » »	—	1 = 0,5 %

Ne risulta che, limitando la ricerca ad individui apparentemente sani, la reazione massima (+ + +) raggiunge la proporzione dell' 86 %, valore che supera quello riportato in tutte le tabelle surriferite. Nei 27 individui con reazione media (+ +) o debole (+) non riscontrai in genere alterazioni organiche degne di nota: essi apparivano però, rispetto agli altri osservati, alquanto gracili e deboli.

L' unico caso in cui la reazione era completamente negativa fu da me accuratamente studiato senza che però potessi trarre alcun criterio che valesse a giustificare questa sua anergia. Non posso però escludere l' eventuale presenza di qualche disturbo a carico della sfera sessuale tenuto, per un senso di pudore, nascosto dal soggetto in esame.

Ho detto sopra che in una parte dei giovani ho praticato la reazione anche durante il decorso di fatti morbosi acuti di lieve importanza, e che in genere da questi, purchè non subentri uno stato di notevole deperimento organico, la reazione stessa non viene eccessivamente influenzata. Effettivamente, osservando il comportamento che in tali condizioni presenta una reazione inizialmente intensa (+ +), si può spesso constatare che essa subisce una certa diminuzione di grado (in genere poco appariscente), solo negli individui già in precedenza meno robusti ma tuttavia normalmente allergici, mentre rimane assolutamente inalterata negli individui molto robusti. Si potrebbe dunque da ciò arguire che una variazione leggera dello stato di allergia cutanea genetica si osserva nel corso di malattie lievi e di breve durata solo in individui che, pur essendo originariamente allergici, per uno stato di minor robustezza generale vanno soggetti, durante lo squilibrio indotto dagli stati morbosi in genere, a

modificazioni generali maggiori di quelle che si verificano in soggetti assai robusti.

In ogni modo, trascurando per ora le variazioni provocate sulla reazione dai fenomeni morbosi, dall' esame complessivo di 530 individui risultano le seguenti proporzioni :

Reazione	+ + +	450 =	85,12 %
»	+ +	49 =	8,16 %
»	+	26 =	5,12 %
»	—	5 =	0,8 %

IV

Concludendo :

1°) Negli individui sani di 19-21 anni la reazione è intensamente positiva nella grande maggioranza dei casi. Anche l' 85 % da me ottenuto è forse inferiore alla realtà perchè risulta dall' esame anche di individui che forse si sarebbero potuti omettere dalla statistica.

2°) La reazione è influenzata solo in minimo grado da processi morbosi non implicanti grave deperimento organico.

3°) Sopratutto importante è il fatto che, in giovani di vent' anni, la reazione negativa costituisce un reperto assolutamente eccezionale : io su 530 individui l'ho trovata 5 volte ed anche qui essa era in tre casi giustificata dalle condizioni fisiche o psichiche degli osservati, in un caso il reperto trovò la sua spiegazione nell'ulteriore esplosione di una malattia mentale ; sicchè si può dire che solo in uno su 530 casi la reazione sia stata negativa senza che si potesse trarre alcuna conclusione che valesse a spiegare tale reperto.

Ora è appunto la eccezionalità della reazione negativa che può rendere preziosa l' applicazione della Geno - cuti - reazione a scopo diagnostico anche in individui dall' aspetto perfettamente sano : essa può far richiedere un esame più accurato là dove le condizioni fisiche esteriori non darebbero adito ad alcun sospetto di malattia.

È questo il motivo per cui la reazione potrebbe essere usata con grande utilità sopratutto nelle visite di reclutamento militare : trattandosi in questo caso di individui appunto di 19-20 anni, come quelli da me esaminati, sarà eccezionale che, qualora le loro condizioni generali siano buone, un apparente stato ottimo di salute s' accompagni ad uno stato anergico cutaneo - genetico. Un tale reperto dovrà far sorgere il dubbio di un'eventuale modificazione patologica o dell' allergia centrale o di quella somatica dell' individuo in esame, il quale pertanto dovrà essere sottoposto ad un esame più accurato di quanto sarebbe richiesto dal suo stato esteriore.

Sono noti ormai anche i rapporti che intercedono fra la reazione e le varie forme di malattie mentali ; si sa che negli stati d' eccitamento la reazione si conserva normale od è esagerata, mentre è più o meno indebolita od assente negli stati di depressione : date queste condizioni e dato il comportamento delle reazioni nei giovani, quale l' ho sopra descritto, ne segue che grandissima potrebbe essere la sua importanza qualora essa venisse impiegata a scopo medico - locale nei periodi d' osservazione dei militari, sopratutto se sospetti di simulazione di malattie mentali o comunque nelle perizie medico - legali rivolte ad accertare in special modo lo stato mentale o sessuale dell' individuo in esame.

BIBLIOGRAFIA

1. C. CENI — Su di una reazione cutanea genetica. Comunicazione alla Soc. Med. bolognese - Giugno 1929.
2. C. CENI — Ueber eine genetische Hautreaktion. Zeischrift. f. Sexualwiss. und Sexualpolit. 1929. 6. Heft.
3. C. CENI — La geno-cuti-reazione nelle psiconeurosi neurastenica, traumatica, ed epilettica e suo valore pratico. La Riforma Medica, 1931, N. 2.
4. G. DE NIGRIS — La geno-cuti-reazione negli alienati. Riv. Patol. nervosa e mentale. Vol. XXXV, Fasc. 2 — 1930.
5. P. JEDLOWSKI — La geno-cuti-reazione nei giovani. IV Congresso di Medicina Legale. Bologna, 1930.

SOMMARIO. SOMMAIRE. SUMMARY. ZUSAMMENFASSUNG.

L' A, ha studiato il comportamento della Geno - cuti - reazione su 530 individui dell' eta di circa vent' anni e trovantisi tutti in uno stato di salute esteriormente buono.

Da tali ricerche è risultato che in circa l' 85 % dei casi la reazione, nelle suddette condizioni, risulta intensamente positiva.

Un reperto negativo costituisce un fatto così eccezionale da far sorgere dei dubbi sulle condizioni somatiche o psichiche del soggetto in esame.

ALCOOLISMO E PROIBIZIONISMO NELLA PSICOPATOLOGIA SOCIALE

del prof. M. LEVI BIANCHINI
Direttore dell' Ospedale Psichiatrico di Nocera Inferiore (Salerno) Italia

« La salute non è il diritto del più forte ma il premio del più saggio »

I. Mito e Storia

Se il mito biblico ha conferito a Noah il triste primato della scoperta della vite, del vino e della prima ubbriachezza (Genesis, IX, 20-21), la storia di tempi meno remoti ha potuto stabilire che la vite esisteva in Asia ed in Europa già molti secoli prima della fondazione di Roma: e che i pionieri della migrazione e colonizzazione nella Magna Grecia (Italia Meridionale) avevano chiamata questa regione « Enotria », cioè terra della vite appoggiata su pali, per distinguerla dalla Campania e dall'Etruria, ove la vite, piantata a pie' degli alberi, era fatta arrampicare e crescere su di essi.

Ancor oggi, le regioni subcaucasiche, cioè la Georgia e l'Armenia, che furono almeno 5000 anni or sono sede delle civiltà summerica e accadica, vanno famose per la coltura della vite che vi fiorisce da tempi immemorabili: e la radice « gvini » che in georgiano significa « vino », indica un archetipo « gvina » o « guina » che corrisponde all' ebraico « jain », al greco « oinos », al latino « vinus ». Nei riguardi del « jain », ebraico, che presenta una rara identità fonetica col tedesco « Wein » (leggi in italiano: vàin), v' ha chi ne fa una radice propria; chi lo deriverebbe invece da « javàn », verbo inusitato corrispondente forse a « bollire » o « fermentare », oppure da « javen » cioè, pantano, fango (identità morfologica col mosto ?). La parentela glottologica fra jain e vino sembra assai verisimile, come non può negarsi anche quella fra « Javàn » (Grecia) e « Jevàn » (greco) e « Jonio ». (a)

Nel 5° secolo prima di Cristo, Sofocle già conosceva l' Italia come la terra prediletta da Dionisio: ai tempi di Catone la vite era divenuta la più redditizia di tutte le culture: al tempo di Augusto, Roma aveva conquistato il monopolio del vino in tutto l' impero e delle 80 varietà di vini che si vendevano sui mercati, a quanto ci narra Plinio, i due terzi erano italiani; e di questi famosi sopra tutti, il Cecubo, il Màssico, il

a) Sembra ancora che la foglia della vite sia figurata nel sillabario geroglifico summerico (Barton: Babylonian writing); il summerico « tin » e « gestin » designano la bevanda fermentata ed il vino; mentre etimologicamente significano: vita e albero. (Vedi il francese « eau de vie » per indicare l'acquavite, acqua che dà la vita).

Mamertino, il Falerno. Nell' anno 120 a. c. la vite si era siffattamente diffusa, che un editto consolare ne proibiva l' ulteriore impianto nelle terre transalpine: ed ai tempi di Domiziano, cioè nel primo secolo di Cristo, la coltura a vigneti aveva sottratta a quella del grano una così enorme estensione di terreno, che l' impero era già divenuto tributario del grano all' Africa, sopratutto all' Egitto, e l'imperatore aveva emanato un editto per cui si imponeva l' estirpazione di metà delle vigne coltivate fuori d' Italia.

Già fin d' allora, adunque, si era costituito in Italia il triste monopolio del vino e con esso la decadenza della coltura granaria; stato di fatto che si continuò per diciotto secoli fino ad oggi e che solo oggi si incomincia a combattere con successo e a distruggere.

Così pure, già fine dai tempi più antichi, si erano conosciuti i tristi effetti della ubbriachezza (Genesi, IX. 21-24) e dell' alcoolismo. (a) Nel libro dei proverbi Salomone dice che « il vino è schernitore e la cervogia tumultuante e chiunque ne è vago, non è saggio » (XX, I); e invita a « non essere dei bevitori di vino, nè dei ghiotti mangiatori di carne: perciocchè l' ubbriaco e il ghiotto impoveriranno e il sonnecchiare li farà vestire stracci » (XXIII, 20-21) per conchiudere: « non riguardare il vino quando rosseggia, quando sfavilla nella coppa, e cammina diritto. Egli morderà alla fine come il serpente e ti pungerà come l'aspide » ibid. 29-32).

Tuttavia la coltivazione della vite non è la ragione unica dell'alcoolismo. Nei paesi nordici, ove non esiste la vite e le quantità di vino importate sono relativamente minime, l' alcoolismo è di gran lunga più diffuso che nei paesi del sud: poichè in quelli il vino viene abbondantemente sostituito con altri più o meno pericolosi derivati di fermentazione e di distillazione dell' uva, delle frutta, dei cereali, dei legumi o di altri prodotti del terreno: quali la birra, il sidro, il gin, l' acquavite di grano (grappa), il wisky, la wodka, lo schnaps, i liquori in genere, fra cui i più forti sono il cognac ed il rhum.

Per alcoolismo adunque noi dobbiamo intendere l' abuso di alcool (prevalentemente etilico; $C_2 H_6 O$, ma anche amilico, $C_3 H_8 O$, qualun-

a) Plutarco (Perì paidòn agoghès) dice di Diogene da Sinope, vissuto dal 412 al 323 a. c., che avendo questi veduto un ragazzo imbecille colpito da convulsioni epilettiche, esclamò: « O giovane, tuo padre ti ha generato nell'ebbrezza! » (Diògenes, meiràkion ekstatikòn idòn kai parafroùn neàniske, àfesen: ò patèr sè medùon éspeire). Anche Orazio, nell' Ode XVIII del primo libro fa le lodi del vino, ma ricorda in pari tempi i danni che ne vengono a chi non l' usa moderatamente. (Nullam, Vare, sacra vite... ecc.), E la saggezza cristiana, parafrasando la parafrasi di San Paolo (Efesii, V, 18: « E non v'inebriate di vino, nel quale vi è dissoluzione...) dice che « ebrietas est flagitiorum mater, radix criminum, origo vitiorum, turbatio capitis, subversio sensum, tempestas linguae », descrivendo i sintomi somatici e psichici dell' ubbriachezza acuta e cronica con una esattezza scientifica veramente ammirabile. È noto ancora che gli Spartani facevano ubbriacare gli Iloti per mostrarli ai figli nello stato di abbiezione e di ripugnanza dato dalla ebbrezza alcoolica; che Dracone faceva punire di morte gli ubbriachi e che Romolo proibiva agli uomini di bere vino prima dei 30 anni di età.

Merita infine di ricordare che il Talmud dice che « quando è entrato il vino, esce il segreto » (vedi il latino « in vino veritas »); rilevando che le lettere che compongono le parole « vino » e « segreto » (Jáin e Sòd), rappresentano, sommate per ciascuna parola, la cifra di 70. Ed aggiunge, che chi può sostenerlo, usandolo moderatamente, può arrivare al grado di sapienza dei 70 anziani, e spiegare i misteri (Sòd) e le Cose occulte.

que sia la forma naturale o artificiale con cui esso viene introdotto nell'organismo e le malattie somatiche e psichiche oggi purtroppo pandemiche, le quali da esso sono direttamente causate. Più brevemente ancora: alcoolismo è l'avvelenamento cronico che risulta dall'uso abituale ed eccessivo dell'alcool anche quando non provoca ubbriachezza.

Ed a questo proposito, merita di riferire la congrua ed esatta definizione dell'alcoolismo formulata recentemente dalla Commissione governativa belga, chiamata nel 1929 a riferire sui risultati ottenuti fino allora dalla cosiddetta legge Vandervelde, sullo spaccio degli alcoolici, e che è la seguente:

« L'alcoolismo non consiste soltanto nell'abuso fatto da qualche singolo: esso sta anche nell'abbondanza e nella frequenza del consumo generale di uno Stato. Per tale principio non basta prendere in considerazione soltanto le bevande alcooliche ad alta gradazione, ma ancora la birra ed il vino; il cui tasso alcoolico, unito talvolta a cattiva qualità e all'uso abbondante, determina effetti altrettanto nocivi e simili di quelli prodotti dai liquori e dalle acqueviti. L'obbiettivo da raggiungere perciò nella lotta antialcoolica, non è la diminuzione di uno solo di questi prodotti, con la contropartita dell'aumento di un altro simile: ma la riduzione progressiva di tutti, che solo porterà non tanto alla diminuzione dell'ubbriachezza, quanto ad una generalizzazione dell'astinenza e della sobrietà nell'intera popolazione ».

II. L'alcoolismo dal punto di vista fisiologico e sperimentale

Già dal punto di vista fisiologico e sperimentale, l'alcool è un veleno che offende sopratutto i centri spinali della respirazione e del movimento come pure i centri corticali dell'intelligenza e della inibizione cosciente; che altera, in modo elettivo, fino a distruggerla, l'attività delle cellule deputate alla generazione e quindi la specie stessa (blastoftoria); ed agisce in senso deformatore e degenerativo (blastotossico) sullo sviluppo dell'embrione (2), creando infinite mostruosità e malattie del corpo e dell'intelletto, capaci di riprodursi fino alla terza ed alla quarta generazione. (Stockard).

Le antiche classiche esperienze di Kraepelin e sua scuola (Psychologische Arbeiten, 1900-1915 passim), sui rapporti fra alcool ed attività psicologica e intellettuale dell'uomo, i cui risultati sono stati luminosamente confermati da recentissimi lavori (Kurka, 49), hanno dimostrato chiaramente che anche piccole dosi di alcool sono dannose all'intelligenza, all'attenzione ed alla capacità di lavoro mentale e manuale: mentre gli studi recenti degli americani sul cuore malato e stanco tonificato dall'alcool (sempre a dosi medie o piccole) e sul cuore sano non influenzato dall'alcool (a dosi medie) non dimostrano altro che la virtù terapeutica, e per ciò solo di eccezione, dell'alcool rispetto alla norma fisiologica umana, e la capacità di resistenza di un organo sano all'azione di un veleno cellulare.

Ciò premesso, noi descriveremo brevemente l'influenza dell'alcoolismo sulla facoltà della generazione e sull'ereditarietà; indi passeremo in rapida rivista la sua importanza nella produzione delle degenerazioni umane: epilessia, idiozia, malattie mentali, criminalità; accenneremo infine ai rapporti fra alcoolismo e tubercolosi, mortalità, morbilità, offrendo così un quadro preciso delle devastazioni che il tossico insidioso, con la compli-

cità dell'uomo stesso, compie su di lui, sulla figliolanza, sulla discendenza, sull'ambiente sociale in cui vive.

III. Alcool ed Eredità. Blastoftoria e Blastotoxia

Le ricerche di Nicloux (3), di Schottmueller e Schum (4) e di molti altri, hanno dimostrato che l'alcool dopo ingerito persiste inalterato per varie ore nel liquido cerebrospinale, nei tessuti, nelle secrezioni (fegato, reni, cervello, linfa, saliva, latte) con sede di elezione nei genitali; e che nella alcoolizzazione sperimentale di femmine pregne di animali, l'alcool passa dalle madri al feto. Questi reperti spiegano ad evidenza i prodotti patologici dell'eredità alcoolica, costituiti dalle nascite premature, dagli aborti, dalla mortinatalità, dalla mortalità infantile, dalla degenerazione somatica e psichica, che Nicloux riunisce in un concetto clinico unico: quello dell'alcoolismo congenito: forma di alcoolismo (prenanatale) del germe derivante o dal passaggio dell'alcool nel circolo fetale, o dalle lesioni alcooliche blastoftoriche dei generatori, o dai due fattori uniti sinergicamente.

Già prima di Nicloux però, Stockard e Bertholet (5) riprendendo le ricerche originarie di Laitinen (34), alcolizzando le cavie ed accoppiando rispettivamente soggetti sani con alcoolizzati e soggetti alcoolizzati fra di loro, avevano dimostrato che gli animali alcoolizzati davano una percentuale di sterilità, di nati morti, di nati vivi ma deboli e non vitali, enormemente superiore a quella dei soggetti sani di controllo: e che tale blastoftoria si osservava ancora negli animali eredo-alcoolici, cioè in quelli i quali, pur non essendo mai stati alcoolizzati, discendevano da genitori tarati dall'alcool. Le ricerche istopatologiche e le statistiche di Bertholet hanno dimostrato oltre a ciò che mentre i soggetti sani sono fecondi nel 100% dei casi, i soggetti alcoolizzati diventano azoospermici, cioè sterili ed infecondi, nel 55% dei casi: e che su 100 figli, nati a termine e discendenti da soggetti alcoolizzati, ne muoiono 57 e ne sopravvivono 43 e non tutti sani; mentre su 100 figli nati a termine da soggetti immuni da alcoolismo, sopravvivono 87 e tutti sani e ne muoiono solo 13. In altre parole: più che la metà dei figli di alcoolizzati muoiono per colpa dell'alcoolismo di uno o dei due genitori: mentre più che il doppio di quelli sopravvivono, se sono figli di genitori sani.

Che se la fecondità degli alcoolisti risulta maggiore degli astinenti (3.9 contro 3.6 e 2.4) queste cifre dimostrano tre cose: 1°) che si confonde fecondità vera con fecondità falsa, cioè quella sana con quella malata; 2°) che l'alcoolista è irreflessivo nel generare, pur sapendo che può produrre figli tarati e deformi, criminali ed epilettici; 3°) che per tale modo, la sua fecondità è di ordine negativo e non positivo, cioè degenerativa e non eugenica. (74, 75).

Altre numerose ed importanti ricerche di Jenny Koller, Demme, Bunge, Kostitch, Schweighofer, Lippich, (16) arrecano interessanti contributi statistici al problema della blastotossia. È dimostrato da questi Autori che la capacità di allattamento è enormemente diminuita nelle figlie di alcoolisti, mentre le loro madri, non eredo-alcooliche, sono state e sono tuttora capaci di allattamento: che l'eredità alcoolica entra perfino nel 30% dei casi di malattie mentali: che su 100 bambini generati nell'ebbrezza alcoolica,

90 nascono rachitici, scrofolosi, idrocefalici, imbecilli, epilettici, criminali, neurotici, perversi, predisposti alla tubercolosi: e che soltanto 10 nascono più o meno normali. SCHWEIGHOFER, studiando 27.000 nascite, trovò che il massimo numero dei nati morti era stato generale nelle stagioni in cui si beve di più. ROUBINOVITCH descrisse nel Belgio « i bambini della domenica », cioè quelli generati da genitori ubbriacantisi nel giorno di festa; BEZZOLA, statisticando un cantone svizzero nel quale esistevano 9000 idioti, trovò che la loro generazione corrispondeva alle due epoche di massimo consumo di vino: la vendemmia e il carnevale. Sono da ricordare infine i classici esperimenti di alcoolizzazione sulle uova di pesce (fundulus heteroclitus) di SOUTHARD, quelli sulle uova di pollo di OVIZE e FÈRÈ, quelli sui topi bianchi di KOSTITCH, quelli già menzionati di BERTHOLET sulle cavie, per ricordare che da tali esperienze risulta concordemente tutta una serie di errori di sviluppo, arresti di sviluppo, mostruosità, osservati negli embrioni sottoposto all' azione dell' alcool e nei prodotti di genitori alcoolizzati: cioè esseri imperfetti, deformi, ammalati, destinati a perire e a far perire la specie (a).

Anche gli studi recenti di WEEKS (55) confermano il fatto che l' alcool danneggia le cellule germinali fino alla terza generazione. La madre bevitrice durante la gravidanza e durante l' allattamento trasmette direttamente al sangue del feto e del lattante l' alcool: così che è come se la madre « desse direttamente da bere per bocca al figlio » il mortale veleno. L' alcoolismo dei genitori dopo la nascita, a sua volta, porta povertà, sudiciume, mancanza di cure (abbandono e trascuratezza fisici, morali e sociali) ai figli; con danni somatici e psichici assai spesso irreparabili e con rovina dell' intera famiglia.

NAVILLE, (54) adoperando il metodo classico di NICLOUX (che tuttavia può venire in certi casi sostituito dal metodo all' interferometro), e confermando i risultati già molti anni or sono ottenuti da questo ricercatore, trovò che l' alcool, rintracciabile nel sangue e nel liquor dopo solo alcune ore dall' ingestione, è dimostrabile a sua volta pure ancora a molti giorni di distanza dalla morte ed anche a cadavere putrefatto. Egli giudica ebbrezza lieve il reperto del 2 per mille di alcool nel sangue: ebbrezza manifesta il 2,5: grave il 3. Se il tasso per mille si eleva al 3, fino al 4 per mille, si ha ebbrezza comatosa e mortale.

Tali risultati sono stati in gran parte confermati da ricerche ancora più recenti. Così STODDARD (30-31) raccogliendo una serie numerosissima di fatti ripetutamente documentati dalle statistiche europee, americane, australiane (statistiche finlandesi di LAITINEN; inglesi di MOORE; australiane di COUGE; tedesche di BAYR; americane di BRANDSHWATE) dimostra che i bambini nati da alcoolisti sono 6 volte meno robusti e 6 volte più difettosi di quelli nati da genitori astemi; che essi muoiono 2 volte e mezza di più di questi (mortalità del 32 % figli di alcoolisti contro 13 % figli di astinenti); che le madri alcoolizzate perdono la metà intera dei figli mentre le astinenti non ne perdono che la quarta parte; che dei figli di alcoolizzate, i primi nati muoiono in proporzione del 34 %; i se-

a) MUCKERMANN, direttore del reparto eugenetico dell' Istituto Imperatore Guglielmo per l'antropologia, eredologia umana ed eugenetica a BERLIN DAHLEM, conferma i dati emergenti dalle ricerche sperimentali su animali ed eredobiologiche su uomini: che cioè l' alcoolismo produce psicosi, idiozia, neurosi gravi, deficienze mentali congenite gravi. (48).

condi nati del 50 %; i terzi nati del 52 %; i quarti e quinti del 65 %; i sesti fino ai decimi, del 72 %: mentre dei superstiti il 4 % ancora è costituito da epilettici, mentre il rimanente è dato da deboli mentali, idioti, criminali. Dimostra ancora, ciò che del resto viene confermato da tutte le statistiche della infortunistica, che gli alcoolisti ammalano più facilmente degli astinenti, vengono colpiti più facilmente dai colpi di sole e di calore, vanno soggetti più di frequente agli infortuni professionali, (FLAIG. 47) alla criminalità, agli accidenti sul lavoro. A questo proposito anzi, ROGERS (28) analizzando le statistiche delle maggiori compagnie di assicurazioni sulla vita e sugli infortuni di America e di Inghilterra, riferisce che la percentuale della mortalità fra assicurati astemi e bevitori va dal 40-60 % nei primi, al 79-122-142 nei secondi (calcolando la cifra 100 come cifra-base degli assicurati), e che in genere la cifra dei danni pagati ad assicurati per accidenti imputati all' alcool è costantemente e senza eccezione superiore per ogni voce e in assoluta totalità presso gli alcoolizzati, in confronto degli astinenti.

STIEVE (35) nutrendo dei topi casalinghi (HAUSMAEUSER) con grano imbevuto di alcool, osservò che ad alte concentrazioni (cioè al di sopra di 0.1 gr. di alcool assoluto per capo, cioè in proporzione di 5 gr. di alcool per chilo di peso di animale) si determinava sperimentalmente una atrofia dei testicoli con aspermia totale: del tutto analoghe a quelle fisiologiche autunnali del topo campagnuolo, dopo l' epoca del calore): ma che dosi inferiori a 0,1 non influivano nè sulla massa del testicolo nè sulla spermatogenesi nè sulla discendenza. AGNESE BLUHM (36) a sua volta, avrebbe ottenuto il curioso risultato che alcolizzando (con iniezioni sottocutanee di alcool) dei piccoli mammiferi e facendoli generare, essi davano, in confronto di altrettanti loro uguali non alcoolizzati, quasi l' 11 % di più di figli maschi; risultati tuttavia che sarebbero totalmente opposti a quelli di GYLLENSWÄRD (37) che avrebbe trovato precisamente ed esattamente tutto il contrario (11 % di più di figli maschi nei genitori non alcolizzati). Lo stesso Autore, tuttavia, in successive esperienze condotte sulle generazioni successive (seconda e terza) dei vari soggetti, non avrebbe trovato più alcuna differenza fra generatori alcoolizzati e non alcoolizzati: per cui sarebbe venuto alla stessa conclusione di ROST e WOLF (38) — conclusione per verità contraddetta dalla clinica — che l'alcool, anche a forti dosi, non agirebbe menomamente sulla discendenza; che perciò altri fattori si dovrebbero invocare per renderci ragione della blastoftoria alcoolica; che le degenerazioni nei discendenti di alcoolisti dovrebbero dipendere da cause ambientali ed altre diverse; e che infine l'alcoolismo sarebbe non una causa, ma un effetto dei fattori mesologici.

Ma abbandoniamo per ora questo argomento ed occupiamoci dei rapporti dell' alcool con le degenerazioni dell' uomo, nel suo sviluppo postnatale e sociale.

IV. — ALCOOL ED EPILESSIA

I rapporti fra alcoolismo ed epilessia non costituiscono che il primo dei tre più lugubri capitoli della psicopatologia clinica e sociale dell' alcoolismo nell' uomo: la quale comprende, come secondo capitolo, le malattie mentali da alcool, cioè l' alcoolismo acuto e cronico e come terzo la criminalità, cioè l' uomo delinquente per effetto dell' alcool.

Accurate ricerche di BIANCHI JUNIOR (7) hanno dimostrato che l'alcool modifica rapidamente il volume del cervello, aumenta la pressione

endocranica, altera il ritmo cardiaco; e che le grafiche registratrici di queste turbe idrauliche assomigliano molto da vicino a quelle ottenute da altri autori; prima, durante e immediatamente dopo gli accessi convulsivi degli epilettici.

Una tale somiglianza non è affatto casuale ed è anzi direttamente suffragata dalle indagini condotte sulla ereditarietà degli epilettici stessi. Su 511 epilettici esaminati da BIANCHI, il 42 %, cioè quasi la metà presentavano antecedenti alcoolici; e precisamente il 30 % alcoolismo ereditario, il 12 % alcoolismo acquisito: su 140 epilettici esaminati da ROUBINOVITCH, 90, cioè il 64 %, presentavano alcoolismo negli antenati diretti. LEGRAND DU SAULLE, fino dal 1876 aveva osservato le vertigini e l'attacco franco di epilessia nell'alcoolismo acuto; le convulsioni epilettiformi nell'alcoolismo cronico e la epilessia alcoolica larvata in eredo-alcoolici; mentre molte statistiche contemporanee e posteriori di DELASIAUVE, ECHEVERRIA, GALLE ed altri avevano trovato 20 volte su 100 l'alcoolismo quale causa generatrice esclusiva dell'epilessia. Ora, anche ammesso, come si vuole da certi autori, che oltre all'azione diretta dell'alcool occorra, per l'esplosione della epilessia, il concorso di altri fattori costituzionali o predisponenti, sta di fatto che l'interdipendenza fra alcool ed epilessia è contrassegnata da un triplice ordine di raggruppamenti morbosi: 1° l'epilessia, per causa diretta dell'alcoolismo dei genitori, che SEPPILLI e AGOSTINI (8) avrebbero trovato nel 12 % degli epilettici (cioè in una percentuale che a noi sembrerebbe inferiore alla realtà e dovuta forse a insufficienza di esatte anamnesi); 2° le manifestazioni epilettiche negli alcoolisti, per effetto diretto dell'alcool sui centri nervosi alterati anatomicamente dal lungo abuso; 3° la frequenza dell'alcoolismo nei casi della classica epilessia conclamata, reperibile, secondo AGOSTINI, nell'11 % degli epilettici (8). I rapporti dell'epilessia con l'etilismo sarebbero per ultimo confermati anche dalle osservazioni di DAVENPORT, fatte nello stato del Kansas sui Mormoni, presso i quali, totalmente astemii, l'epilessia è rarissima (21).

V. — ALCOOL E MALATTIE MENTALI

L'abuso del vino porta per sè solo e come diretta conseguenza, nell'individuo bevitore, lo sviluppo di molte e gravi forme di malattia mentale, raccolte sotto il termine generale di *Psicosi alcooliche*. Le forme principali di queste sono l'acutissima, cioè il *delirium tremens*; quindi la *psicosi alcoolica acuta* a forma confusionale ed allucinatoria, la *cronica*, a forma paranoide, polinevritica, di pseudoparalisi, di demenza; le quali conducono quasi sempre prima al Manicomio e poi al Camposanto, come già mirabilmente aveva osservato il grande Sennert, al principio del 1600 (23). (a).

Nei manicomi italiani, e salvo le variazioni annuali dipendenti dalla misura del raccolto dell'uva, dalle regioni maggiormente coltivate a vigneto, dai grandi conglomerati urbani e da altri fattori che qui è inutile enumerare, si può calcolare che almeno il 10 % della popolazione permanente è costituita da alcoolisti: cioè su un totale approssimativo di 75.000 ricoverati, 7500 almeno lo sono per abuso di alcool, Tale cifra è per sè stessa spaventosa, anche se apparisce modesta di fronte a quelle,

(a) Sennert conosce già la psicosi e la demenza alcoolica, il tremore, la paralisi, l'apoplessia, la podagra, la idrope (cirrosi epatica) di origine alcoolica. « Ebrietas, equidem ex potu vini... » ecc. (23).

due e tre volte proporzionalmente maggiori offerte dal Belgio, dalla Svizzera, dalla Germania, dall' Inghilterra, ove il numero degli alcoolisti ricoverati in Manicomio raggiunge il 20 % ed anche il 30 % della popolazione totale. Quando però si pensa che le idiozie, le frenastenie e le epilessie costituiscono non meno del 35-40 % dei casi di psicosi, e che esse sono in massima parte dovute all' eredo-alcoolismo e all' eredolues (9), non si esagererà nell' affermare che un buon terzo di tutte le malattie mentali ricoverate in manicomio derivano direttamente o indirettamente da cause prossime e remote relative all' abuso dell' alcool. Infatti, secondo l' ultima statistica del Segretariato Antialcoolista Svizzero del 1924 (6), un quarto dei malati ammessi per la prima volta in manicomio soffrivano di malattie mentali di origine alcoolica mentre i tre quinti di tutti questi malati, uomini e donne, si trovavano nella pienezza dell' età e della vigoria, cioè fra i 35 e i 50 anni. Si pensi, quindi, quante e quali energie di mente e di braccia vengano sottratte dall' alcoolismo al lavoro, alla famiglia, alla società, senza distinzione di sesso: poichè, se per fortuna, in Italia, la cifra delle donne alcooliste è, ancora, appena, di 5 o poco più, su 100 uomini alcoolisti, essa lo è di più di 15 in Svizzera e di 35-40 in Inghilterra.

Possono venir riferiti ancora alcuni altri pochi dati, fra l'immensa congerie raccolta in tutto il mondo, sui danni dell'alcool. Una statistica non troppo recente ma nemmeno troppo antica di Nonne, stabiliva che esistevano in Germania 300,000 alcoolisti: e che in un solo anno si erano avute 30.000 malattie mentali da alcool e si erano verificati 1600 suicidi per causa diretta o indiretta dell' alcool. Le ammessioni nei manicomi per malattia mentale aumentavano in pochi anni esattamente del doppio: ma mentre la cifra della loro popolazione triplicava, quella degli alcoolisti quintuplicava. Una statistica di Mendelson, infine, ci fa conoscere che su 700 bevitori, 490 cioè il 70 % sono figli di bevitori, e di questi il 65 % di padre alcoolizzato, il 5 % di madre alcoolizzata, il 15 % di entrambi i genitori alcoolizzati: mentre la statistica di GARNIER ci offre per ultimo la spaventosa rivelazione che l' 80 % degli adolescenti criminali sono figli di alcoolizzati!

Non meno infausta e diretta è l' azione dell'alcoolismo ereditario sulle frenastenie e sulle idiozie, cioè sugli arresti congeniti di sviluppo dell'intelligenza.

In un censimento dei bambini ritardatarii fatto nel 1910 nel cantone di Appenzel in Svizzera, si potè stabilire che il

30 % degli idioti e imbecilli
32 % dei sordomuti
28 % degli epilettici

cioè in cifra tonda circa un terzo dei ragazzi intellettualmente inferiori ed infermi, avevano l' uno o tutti due i genitori alcoolisti: mentre il Manicomio speciale per epilettici in Zurigo, nei rapporti statistici annuali, riferisce una media ancora più alta, e cioè del 36, 5 %, dei suoi malati epilettici ad ascendenza tarata da alcoolismo.

Anche LOKAY (85), in un lavoro assai recente, ed in armonia con i risultati di BRUGGER, REITER e OSTHOFF, trova molti alcoolisti fra i genitori degli oligofrenici, pur non sentendosi obbligato di ammettere un fattore eredotossico come causa dell' insorgenza della imbecillità. (?)

Ora se altre statistiche, basate su un ampio materiale, di DIEM, ci fanno conoscere che, oltre ai psicopatici, anche gli individui sani possono, nell' 11 % dei casi, discendere da genitori alcoolisti, si dovrà constatare

che in ogni modo gli idioti, i sordomuti e gli epilettici discendono da 2 a 3 forse anche 4 volte più spesso che non i sani, da parenti ubbriachi.

Noi ne conosciamo già la ragione: essa consiste nella blastoftoria alcoolica, cioè nell'azione distruttiva dell'alcool sulle cellule maschili e femminili deputate alla generazione. Sono degni di venir riferiti, a questo proposito, i classici risultati di BERTHOLET: il quale, su 100 autopsie di alcoolisti, trovò 89 volte alterate le ghiandole seminali; mentre su 100 autopsie di non alcoolisti esse furono trovate alterate solo 29 volte; e su 100 alcoolisti giovani morti per morte violenta o accidentale trovò 68 volte degenerazioni delle ghiandole sessuali, contro 0 (zero) volte su 100 in individui giovani non alcoolisti, morti egualmente per morte accidentale o violenta.

Ma aggiungerò ancora che l'alcoolismo dei genitori provoca quasi nel 40 % dei casi statisticati, cioè quasi per certo nel 60 % dei casi reali, l'abbandono morale o materiale dei figli cioè la loro stessa degenerazione morale; la possibilità che essi diventino precocemente dei fannulloni e dei ladri se uomini, delle neurotiche o delle prostitute se donne. L'Ufficio municipale di sorveglianza dell'infanzia della città di Berna riportante la statistica di 315 ragazzi « in pericolo », ne trovò 124, cioè il 40 % per causa diretta e prima della ubbriachezza dei genitori: 113 per ubbriachezza del padre, 11 per ubbriachezza della madre. BONHOEFFER, studiando all'ufficio di profilassi sociale di Breslavia il curriculum di 190 prostitute, ne trovò 95 dedite all'alcoolismo e 100 eredo - alcooliste, cioè più che la metà (10).

Condit (33), in statistiche non più molto recenti, ma tuttavia valide per la loro esattezza ed estensione, riferisce che in otto Stati a regime secco della Confederazione nord-americana la percentuale degli alienati sulla popolazione totale era, nel 1920, di 1 alienato su 873 abitanti: mentre tale percentuale era invece di 1 alienato su 490 abitanti sulla popolazione totale della intera Confederazione, comprendente Stati a regime secco e Stati a regime umido.

In Germania, le statistiche dal 1913 al 1925 delle cliniche psichiatriche di Kiel (Prussia) e degli ospedali psichiatrici di Dresda (Sassonia) e Wiesloch (Baden), cioè degli istituti dislocati in tutta la Germania (nord, centro e sud), dimostrano, dopo la profonda diminuzione dell'alcoolismo determinata dai coefficienti materiali della guerra e della carestia, una vertiginosa ripresa; che dal 5,6 % delle ammessioni nel 1920 era già salita al 15 % nel 1925, raggiungendo quasi il 18 % dell'ante guerra e minacciando seriamente, con la progressione dimostrata, di superarlo. Così pure, per effetto dell'aumentato alcoolismo, le ammessioni negli ospedali psichiatrici della grande Berlino, erano già saliti, da 6600 nel 1920, a 9600 nel 1925, cioè aumentati del 45 %. Ma non basta. Secondo le statistiche ufficiali di Stato, esistevano nel 1927 in Germania 300.000 alcoolisti, cioè 1 su 195 abitanti globali ed 1 su 71 abitanti al di sopra dei 18 anni; con enorme aumento dell'alcoolismo giovanile: mentre nella clinica psichiatrica di Lipsia, le ammessioni per alcoolismo, dal 1919 al 1926, erano già aumentate del d e c u p l o. In Baviera, le ammessioni per alcoolismo nel 1926 arrivarono al 10.3 % delle ammessioni totali psichiatriche; ed in Amburgo, nel 1927, si statisticarono 4 alcoolisti per 1000 abitanti.

E ciò, perchè mentre l'uso degli alcoolici era diminuito durante la guerra di quattro quinti (da 100 a 20), esso era risalito vertiginosamente nel dopo guerra, al di sopra delle cifre ante bellum.

Oltre di ciò: su 123.633 ammessioni (?) nei manicomi tedeschi del 1926, vi furono 9207 ammessioni per alcoolismo conclamato (8641 uomini e 566 donne): mentre in altri 12044 casi di dette ammessioni, l'alcool, pur non costituendo la causale principale, entrava in gioco per buona parte.

Anche a Mosca, dopo la abolizione del monopolio di stato del 1904 sulla vodka, decretata e realizzata dal regime sovietico nel 1924, come unico mezzo per sopprimere l'infrenabile contrabbando interno creatosi con la distillazione clandestina della acquavite nelle città e nelle campagne, l'alcoolismo ha fatto un balzo gigantesco ed immediato, salendo nello stesso 1924, nei manicomi, da una percentuale quasi trascurabile di alcoolisti, al 25 % delle ammessioni sul numero totale degli internati uomini; ed offrendo per le vie di Mosca l'immondo spettacolo di quasi cento individui ubbriachi al giorno trasportati ai posti di polizia od alle astanterie mediche. (Archiv für soziale Hygiene, I, 159, 1925-26).

Per quanto riguarda l'Italia, ricorderò soltanto questo fatto.

Una diligente e vasta inchiesta eseguita nel 1926 nelle scuole elementari della provincia di Vicenza sull'alcoolismo dei fanciulli, promossa dalla lega « Antonio Fogazzaro » (risposte relative a 933 classi elementari con un totale di 33156 scolari) ha dato i seguenti spaventosi risultati. Astemi 4905 cioè il 14.80 %:

Bevitori occasionali di vino 14590, cioè il 44 %
Bevitori abituali di vino 13117, cioè il 39.06 %
Bevitori di liquori 7567, cioè il 22.82 %

con una prevalenza degli scolari bevitori nei centri urbani ed una quasi uguale cifra di scuole e bevitori maschili e femminili. (Il Bene Sociale, XX, n.º 7. 1926).

VI. — Alcool e Criminalità

Se c'è un argomento sul quale tutte le statistiche del mondo, senza eccezione alcuna, si trovino in completo accordo, questo è quello della strettissima parentela che intercede fra alcoolismo e criminalità.

Dai dati statistici della Confederazione Svizzera risulta che più di un terzo e quasi i due quinti di tutti i delitti hanno per causa diretta o indiretta l alcoolismo; e che questo è la causa preponderante dei delitti contro l'ordine pubblico e contro le persone. Una recente statistica di Suiza (II) in Argentina, conferma tali dati. Secondo Suiza, su 2159 condannati e carcerati a Buenos Aires nel 1923; 831 cioè il 38 % erano bevitori abituali e 437, cioè più della metà di questi, avevano commesso il delitto in istato di ubbriachezza. Per di più, 155 bevitori d'occasione si trovavano in istato di ubbriachezza nel momento del delitto. Nel 28 % dei casi l'ebbrezza costituì un elemento essenziale della delinquenza: nel 45 % dei casi, l'intemperanza. Anche la Cullerre (22) in una monografia perfettamente documentata, dimostra che il parricidio è massimo negli alienati per alcoolismo e per epilessia.

L'azione dell'alcoolismo sulla maturazione del delitto risulta ancora evidente dal paragone fra le cifre delle condanne per atti contro le persone e quelle delle condanne per atti contro la proprietà, (espresso nel seguente specchietto) da cui risulta che nel 73 % dei casi l'alcoolismo interviene come fattore nei delitti contro le persone, e nel 42 % contro la proprietà. Egualmente, metà delle infrazioni disciplinari nell'armata americana, durante la guerra, come un terzo dei delitti nell'esercito sviz-

zero anche in tempo di pace, hanno riconosciuto, per causa determinante, l'ubbriachezza, sia occasionale che abituale.

L' alcoolismo acuto favorisce il delitto perchè l' alcool aumenta la disposizione alle reazioni emotive disordinate, facilita perciò gli impulsi reattivi psicomotori e sopprime la necessaria valutazione critica degli atti. L' alcoolismo cronico facilita pur esso il delitto perchè, oltre a tutto, abbassa il tono ed i freni della morale; distrugge la capacità al lavoro fisico e mentale; stimola perciò il bisogno del guadagno illecito con la frode e con la violenza; provoca infine la malattia mentale vera e propria (RINBERG 12).

Per converso, la soppressione dell' alcool, votata nel famoso 18° emen-

Totale dei condannati	Condanne per	Bevitori abituali	Bevitori non abituali ma ebbri nel momento del delitto	Totale degli abusatori di alcool
423	Violenze in genere e omicidi .	241	65	306 – 73 %
1176	Furti, truffe, Falsi.	415	77	492 = 42 %

damento della Costituzione della Confederazione Nordamericana nel dicembre 1917 da 45 stati su 48, produsse un effetto immediato sulla criminalità la quale si abbassò di colpo di un 45 % in media, cioè di quasi la metà, in tutti gli Stati dell'Unione posti al nuovo regime « secco » (dry): fenomeno unico e mai visto prima negli annali della storia e della antropologia criminale. Così, per dare un unico esempio su mille, nello Stato di New York, i delitti di ubbriachezza semplice da 13.514 nel 1917 caddero a 1651 nel 1920, cioè come da 100 a 12; la popolazione delle prigioni diminuì della metà fino ad un terzo, cioè come da 100 a 35; la criminalità giovanile diminuì dell' 80%, cioè come da 100 a 20, le case di correzione si vuotarono ed alcune perfino vennero chiuse.

Ed ancora. Secondo Newsholme, gli arresti per intemperanza nelle 54 città principali degli Stati Uniti che adottarono il regime secco prima delle altre, sono scesi da 327.947 nel 1917 a 141.070 nel 1920: molti asili per derelitti e vagabondi sono stati chiusi per mancanza di ospiti. Anche Corradini (29) in una interessante statistica fatta su 100 città americane a regime secco sui dati del 1910 (umido) confrontati con quelli del 1922 (secco), dimostra che nel 1910, su una popolazione globale di 16.501.399 abitanti di queste 100 città, si erano avuti 284.565 casi di arresti ed internamenti per alcoolismo e psicosi alcooliche: mentre nel 1922 con una popolazione cresciuta di quasi cinque milioni di abitanti, cioè giunta a 21.261.716 abitanti, la cifra degli arresti e degli internamenti per alcoolismo e per psicosi alcooliche, era diminuita a 275.573, cioè di quasi il 25 %.

L'esempio americano ci dimostra luminosamente e incontestabilmente questa verità: chiudere le osterie è lo stesso che vuo-

tare le prigioni, diminuire i delitti e la miseria, aumentare il risparmio di vite umane e di danaro; migliorare l'uomo, la razza, la società e difenderli contro le malattie e contro la degenerazione. Insomma: dove si beve meno, c'è meno pazzia, meno delitti, meno degenerazione, meno ereditarietà morbosa, meno miseria, meno tubercolosi: più forza, più salute e maggiore felicità umana.

VII. — Alcool e tubercolosi. Alcool e morbilità. Alcool e mortalità.

L'ubbriachezza abituale è un fattore di miseria e di sudiciume; la miseria, di cattiva abitazione e nutrizione; la cattiva abitazione e nutrizione, di tubercolosi.

La tubercolosi, come l'alcoolismo, è più frequente negli uomini anzichè nelle donne. Oltre di ciò, mentre nei non alcoolisti la tubercolosi è più frequente nella età inferiore al 35° anno di vita, negli alcoolisti è più frequente al di sopra del 35° anno di vita; ciò che dimostra che l'alcoolismo cronico agisce sull'adulto come paralizzatore delle difese naturali dell'organismo contro il bacillo di Koch e proprio in quell'età in cui l'organismo non alcolizzato gli resiste nel modo più facile e vittorioso.

Bertholet ha osservato infatti che le lesioni testicolari nei tubercolosi astemii o temperanti non oltrepassano il 48 % dei casi: ma che esse giungono al 93 % negli alcoolisti tubercolosi, con totale distruzione del tessuto specifico.

Holischer ha osservato l'eredità alcoolica come fattore predisponente alla tubercolosi nel 16 % dei casi; ed è sopratutto il padre bevitore che è il maggior colpevole: ed ha osservato pure, d'accordo con Bertholet, che la tubercolosi è più frequente nei vecchi bevitori che non nei giovani bevitori; la qual cosa conferma quanto è stato riferito; che cioè la resistenza dell'individuo, proprio nell'età in cui dispone delle maggiori energie vitali, viene profondamente e pericolosamente diminuita, fino ad essere distrutta, dall'alcoolismo cronico.

Secondo le osservazioni di Liebe e Baer ed i dati di Gallier (13) l'alcoolismo occupa il primo posto tra le cause predisponenti alla tubercolosi perchè crea la recettività (infettabilità) dell'organismo all'infezione; mentre il decorso della tubercolosi riesce assai più rapido e sfavorevole nel bevitore anzichè nell'astemio. La profilassi della tubercolosi a sua volta, essendo sopratutto basata sull'aumento della resistenza bio-opsonica dell'individuo, dovrà di conseguenza preoccuparsi a distruggere l'alcoolismo. dato che esso è uno dei più pericolosi ed efficaci determinatori dell'indebolimento generale dell'organismo e della invasione tubercolare. Già Roux (14) nel suo studio sui rapporti fra l'alcool e la tisi polmonare nel 1881 aveva esplicitamente affermato che l'alcool è un fattore formidabile di tubercolosi; che esso sembra capace di provocare direttamente e per sè solo la tubercolosi in individui immuni da qualsiasi ereditarietà similare e di provocarla più facilmente in quelli che ne sono predisposti.

Anche le cifre della mortalità per tubercolosi ci offrono dei ragguagli altrettanto gravi quanto convincenti. Calcolando a 100 la mortalità generale per tubercolosi fra gli operai e gli esercenti delle industrie inglesi prese tutte in fascio, risulta che essa, secondo le statistiche di Tatham è 168 negli osti e 198 nei birrai dell'Inghilterra considerati complessivamente: ma che arriva a 242 negli osti e a 257 nei camerieri di Londra,

cioè ad una cifra due volte e mezza più alta che non quella relativa alle industrie non attinenti all' alcool. Analogamente, secondo le statistiche francesi, mentre la mortalità per tubercolosi nei contadini, ortolani, giardinieri, pescatori, non oltrepassa la cifra annua di 100-120, essa raggiunge la cifra di 295 per i negozianti di vino e di 334 per gli osti, cioè tre volte e un terzo di più. In Germania, per finire, muoiono all'anno di tubercolosi 226 osti, di fronte a soli 29 bottegai, in genere; di malattie di fegato 210 osti contro 43; di malattie polmonari 316 osti contro 139; ora è ben noto, nè vale insistere, come l' alcool favorisca le cirrosi epatiche, le malattie mentali e indebolisca l' organismo contro qualsiasi attacco delle cause morbose esterne.

Viceversa, secondo DONATH (40) l' enorme diminuzione della mortalità per tubercolosi a New York città, (dal 15,21 per 10.000 nel 1909, al 9.6 per 20.000 nel 1923) sarebbe dovuta esclusivamente al regime proibizionista, istituito nel 1918, ma già propugnato fino dai principi della campagna antialcoolista americana, cioè verso il 1907-08. Deduzione che se può essere esagerata, non è certamente erronea.

Del resto, già fin dal 1830, cioè un secolo fa, JAMES CLARK aveva esplicitamente riconosciuto che l' abuso di alcoolici nelle classi del popolo agiva molto più largamente di quanto non si credesse sulla diffusione della tubercolosi e sulla trasmissione ai figli della vulnerabilità alla tubercolosi stessa; ed ai nostri giorni il DRYSDAL, direttore del tubercolosario Nord-Londra, considerava esplicitamente la tubercolosi polmonare come una delle più gravi conseguenze dell' alcoolismo.

Per quanto riguarda la morbilità e la mortalità umana in rapporto all' alcoolismo, riferirò pochi dati assai probativi. Secondo Boss (52), il 37 % degli alcoolisti sono stigmatizzati, cioè abnormi e a tara psicopatica famigliare: di questi ancora, il 25 % degli uomini ed il 36 % delle donne, sono psichicamente dei deficienti. Più del 50 % degli alcoolisti uomini hanno il padre bevitore: nelle donne alcooliste si è fatta la curiosa ma spiegabile constatazione che esisteva con speciale frequenza l' alcoolismo della madre. Nei 1246 figli di 572 alcoolisti, non tarati, non si trovarono particolari caratteri degenerativi: lo stesso si trovò in famiglie con alcoolismo accumulato (?).

PEARL (53) trovò, su 5248 abitanti di Baltimora rigorosamente studiati nelle loro abitudini fisiosociologiche, che i medi bevitori avevano una durata media della vita di poco superiore a quella degli astemi: ma che i bevitori avevano la vita enormemente abbreviata.

TILKE (44, 45), un competente specializzato nello studio dei rapporti fra alcoolismo e sanità pubblica, analizzando i dati annuali per il 1927 della società cooperativa di mutuo soccorso di Lipsia (Ortskrankenkasse), che è una delle più potenti e perfette organizzazioni germaniche del genere, riferisce che la mortalità degli associati alcoolisti è risultata del 2,6 a 2,8 volte più elevata di quella dei membri astinenti della società stessa: e che di eguale proporzione più elevata è risultata la durata delle malattie interne ed intercorrenti nei soci alcoolisti in confronto dei soci astinenti.

Anche le ricerche di BANDEL (56) hanno luminosamente dimostrato che la durata media della vita degli alcoolisti è assai inferiore di quella degli astemii. Così pure, dai calcoli dell' Ufficio di Assistenza Pubblica di Amburgo per il 1928, risulta che, su 100 alcoolisti, esistono altri 250 individui di famiglia che restano più o meno privi di aiuto e sui quali per conseguenza gli alcoolisti gravano economicamente, patologicamente e moralmente: infatti nella sola città di Amburgo, questo ufficio aveva

raccolti nel 1925 ben 2233 alcoolisti, fra uomini e donne denunciati per soccorsi ed assistenza, su cui gravano altre 5266 persone: in totale adunque 7499 individui colpiti, direttamente e mediatamente, dai danni dell' alcoolismo.

Anche le compagnie di assicurazione sulla vita ci offrono dei dati di grande interesse che aggiungiamo a quelli già precedentemente esposti. Secondo le statistiche della potentissima « New England Mutual Life » nordamericana, le morti avvenute su 100 previste, con criterio statistico, sono, alla fine di ogni anno, le seguenti: 59 % morti astemi assoluti; 71 % morti bevitori moderati: 94 % bevitori discreti; 135 % bevitori alcoolizzati.

Viceversa, dopo l' introduzione della legge secca, i morti per alcoolismo scesero in New York da 680 nel 1916 (regime umido) a 69 nel 1920 (tre anni dopo l' istituzione del regime secco), mentre in due soli dei maggiori ospedali della City, le ammessioni degli alcoolisti discesero contemporaneamente da 6158 nel 1916 a 496 nel 1921. Nei rapporti delle compagnie di assicurazioni si riscontrò pure una forte diminuzione nel numero delle polizze presentate per la riscossione; nei rapporti delle autorità deputate alla sorveglianza della delinquenza minorile, si verificò in pari tempo una diminuzione costante annuale, che dopo un solo sessennio (1916-1921) era diminuita già del 30 %, secondo i dati del Board of Charities (Ufficio di beneficenza) di New York.

In Danimarca infine, per chiudere questo argomento, dopo l' introduzione delle formidabili tasse sull' alcool nel 1917, il consumo dell' alcool è diminuito oggidì di più che il 50 %; in pari tempo la mortalità degli uomini fra i 35 ed i 65 anni è pure diminuita. Infatti a Copenaghen, mentre i morti maschi fra i 45 ed i 55 anni erano stati del 19 per mille nel quinquennio 1910-14, essi erano discesi al 12 per mille nel quinquennio 1920-24. (43).

E non mi dilungo di più, perchè l' enumerazione e la documentazione dei danni provocati dall' alcoolismo occuperebbe non ore, ma giornate intere. Voglio solo ancora ricordare — oltre a quanto dissi — che l' alcool diminuisce la resistenza dell' organismo (a), abbrevia la durata della vita fisica ed avvelena la vita morale e intellettuale. In altre parole, l' alcool rende l' organismo più debole contro le malattie infettive, non escluse quelle veneree; provoca e crea le cirrosi epatiche, le malattie di cuore, di stomaco e di intestini; favorisce, quando non ne è causa prima e determinante, l' arteriosclerosi e l' emorragia cerebrale (il comune « colpo apoplettico »). Ma, ancora, altera la condotta dell' uomo e della donna; fa vizioso il virtuoso, infingardo il lavoratore, disonesto l'onesto; mina il corpo e la mente, l' individuo e la sua discendenza. Crea infine i ladri e le prostitute, i mendicanti e gli assassini; gl' imbecilli e gli epilettici, gli storpi ed i rachitici.

E riferirò due prove: l' una, lontana e remota da noi, l' altra, purtroppo, a noi ben vicina e prossima.

(a) Secondo l' Ufficio di Statistica provinciale prussiano, una delle cause più frequenti della morte per assideramento è l' alcoolismo, come lo dimostrano le cifre minime degli assiderati negli anni bellici e massime negli anni postbellici.

VIII. Alcool ed ereditarietà

La prima prova è costituita dalle ricerche eseguite in Germania sulle generazioni di una famosa ladra e vagabonda, Ada Jurke, nata nel 1740 e morta per alcoolismo, al principio del 1800. Della posterità di costei si rintracciarono 834 discendenti: e di questi, si ebbero informazioni esatte sopra 709. Orbene di questi 709 discendenti, erano:

106 figli illegittimi o adulterini
142 mendicanti
64 pensionanti di ricoveri di mendicità
81 donne diventate prostitute
76 condannati per delitti, di cui 7 per assassinio.

Di un' altra alcoolista, studiata in analoghe circostanze da vari autori, la discendenza attraverso tre quarti di secolo aveva dati:

200 ladri e assassini
280 tisici, idioti, malati
90 prostitute
300 bambini morti prematuramente.

La seconda prova è recente e più dolorosa ancora: poichè riguarda dei fatti succeduti in un paesello dell' Abruzzo montano, nell' inverno del 1926. Io li racconterò, come furono, nella loro tragica e storica semplicità.

Due famiglie congiunte da vincoli strettissimi di sangue festeggiavano nello stesso giorno d' inverno l' uccisione del maiale. I due capi famiglia, che chiameremo *A* e *B*, erano fratelli carnali; entrambi famosi ubbriaconi, figli di bevitori, di pazzi, di pazzi criminali. L' unico figlio di *B*, che chiameremo *C*, era stato chiamato al mattino, dallo zio *A*, per essere aiutato nel lavoro di macellazione ed aveva, con lo zio, altrettanto ben lavorato quanto generosamente bevuto. Fatto sta che verso le tre del dopo mezzogiorno, stanco per la pervadente ubbriachezza, a stomaco guasto ed a cervello allucinato dai fumi del vino, *C* se ne ritornò a casa propria, dicendo ai genitori di sentirsi tutta la bocca amara perchè lo zio gli aveva messo nel vino il veleno Il padre gli rispose che non era il veleno messo nel vino, che non esisteva, ma il veleno dell' ubbriachezza quello che lo faceva star male: e poichè il figlio, impermalito, incominciava ad alzar la voce, si levò dal tavolo ove stava seduto e salì per le scale, allontanandosi per non litigare. In quel momento, come spinto da un improvviso furore, il figlio forsennato rincorse il padre sulla scala, imbracciò un fucile a grossi pallini ch'era appeso alla parete e gli sparò due colpi, uccidendolo sull' istante.

Consegnato il parricida alla giustizia, le ricerche mediche da me compiute quale perito psichiatra per ordine della Regia Procura assodarono che il morto *A* era, come il fratello *B*, uno strenuo e inveterato alcoolista e che entrambi appartenevano ad una famiglia di ubbriaconi. Il morto *A*, sposatosi in età regolare giovanile con una donna sana e giovane, aveva avuto d i e c i figli, di cui i primi otto erano morti in tenera età, tutti per convulsioni; che il nono figlio, morto in guerra, era stato pure convulsivo; che il decimo figlio, cioè l' ultimo nato, il parricida, era stato epilettico da bambino; ed egli stesso, pur essendosi sposato in giovane età, con una donna giovane e sana, aveva avuto una unica figlia, essa pure epilettica.

Si vede adunque il più orrendo dei delitti, il parricidio, compiuto senz'altro motivo che l' ubbriachezza del figlio, eredoalcoolista fin dalla

seconda e forse terza generazione ascendenziale: e distrutta, con questo fulmineo delitto, la compagine di tre famiglie le quali oggi piangono invano e troppo tardi, le colpe proprie e dei genitori.

IX. L'alcool ed i suoi caratteri pandemici

L'alcoolismo non è adunque soltanto un vizio od una malattia di uno o di molti individui. Esso costituisce per la sua antichità e per la sua diffusione, una pandemia dal punto di vista demografico, ed un flagello degenerativo-ereditario dal punto di vista eugenico e sociale. Esso è il prodotto storico ed atavistico di un circolo vizioso costituitosi attraverso lunghi secoli nei focolai famigliari, nelle razze, nelle nazioni; ove il puro e semplice abuso di vino, costituente abantiquo il primo e l'unico elemento eziologico, si è trasformato in una somma ereditaria di deformità fisiche e di mostruosità psichiche e sociali; delle quali l'abuso stesso non ha finito per essere, in definitivo, che uno dei tanti sintomi ed una delle tante stimmate derivate di morbilità e di degenerazione.

Si deve dire degli alcoolisti ciò che fin da cinquant'anni aveva predicato dei tubercolosi il mio grande maestro De Giovanni: non è solo l'alcool il quale crei l'ubbriacone come non è il solo bacillo di Kock che faccia il tubercoloso; ma sì l'alcoolismo che la tubercolosi si sviluppano oramai, per il secolare inquinamento della razza e per l'inveterato contagio dell'ambiente sociale, su individui prodisposti e tarati da già lungo e persistente atavismo. Non apparisce dunque del tutto inverosimile una idea seducente, per quanto ardita, di Leonardo Bianchi (15): « che cioè esisterebbe nel nostro popolo una lenta intossicazione alcoolica accumulatasi attraverso ai secoli e che siffatta lenta intossicazione avrebbe esercitata un'azione oscura e insidiosa sui centri nervosi nelle popolazioni abitanti nelle regioni più vinicole », che poi son tutta, o quasi, l'Italia. Da questa lentissima, millenaria intossicazione dipenderebbero ancora, secondo Bianchi, « il difetto di tenacia nelle imprese civili, la maggior tendenza alla litigiosità, l'aumento della criminalità » che hanno caratterizzata finora, purtroppo, la condotta economica e sociale di una parte non indifferente della nostra generosa e vigorosa Nazione.

X. La lotta antialcoolica ed i suoi mezzi. Premesse.

Quali sono i rimedi atti a distruggere il flagello dell'alcoolismo, o quali almeno i mezzi atti per opporsi ai suoi ulteriori progressi?

Prima di rispondere in modo possibilmente decisivo a questa domanda, vediamo rapidamente che cosa si è fatto, in materia, nei grandi Stati culturali europei ed americani.

In Italia, per effetto delle leggi del 1913 sul consumo degli alcoolici e del 1925 sulla protezione della maternità ed infanzia, (26-27) la somministrazione di alcoolici di qualunque specie è proibita al di sotto dei sette anni, e sono vietate nelle scuole, nei convitti e in tutti gli istituti di educazione e di ricovero, la somministrazione e l'uso di bevande alcooliche ai fanciulli ed adolescenti (fino al sedicesimo anno di età), comprendendosi fra tali bevande anche il vino. L'età di 16 anni, come minima per l'autorizzazione a somministrare e consumare alcoolici in locali pubblici è adottata dall'Austria, dall'Estonia, dalla Russia; è elevata a 18 anni in Danimarca e Islanda; a 20 anni in Giappone, a 21 anni in Polonia. La Svizzera varia fra i 14 ed i 17 anni a seconda dei Cantoni.

Altri Stati, come l' Inghilterra, la Cecoslovacchia, la Svezia e la Norvegia, variano l' età a seconda del grado alcoolico delle bevande incriminate.

In Belgio, la cosiddetta legge Vandervelde, a somiglianza della italiana, vieta il consumo al minuto, sul posto, dei liquori e superalcoolici, ne limita la vendita e la esportazione.

In Austria ancora, il Ministero delle comunicazioni ha emanato nel 1930 un decreto per regolare l' uso degli alcoolici presso i ferrovieri, proibendolo totalmente al personale viaggiante ed a quello delle stazioni occupato al trasporto delle merci con carrelli.

In Svezia esiste un Ufficio di Stato di controllo per il consumo dell' alcool. Secondo i dati riferiti dal detto ufficio, per il periodo di tempo che va dal 1920 al 1928, il consumo della acquavite è sceso da 6 litri a testa nell'anno 1920 a 4, 8 litri a testa nel 1928. Ciò perchè, per legge, l' apertura degli spacci di alcoolici è rigorosamente limitata. Ogni cittadino, per avere diritto di acquistare vino e liquori (la birra non è calcolata come un prodotto alcoolico ed il commercio ed il consumo ne sono liberi), deve essere munito di una tessera speciale, che è rilasciata quasi esclusivamente a uomini in età superiore ai 25 anni. (90 % del numero totale delle tessere). Di tali tessere, ancora, ne era provvisto nel 1928 soltanto il 18.87 della popolazione totale, con una percentuale massima del 26.38 % a Stoccolma (la capitale, grande conglomerato urbano) ed un minimo del 12.84 % nella Svezia settentrionale (campagna). Ogni tessera indica la quantità e la qualità massima mensile delle bevande alcooliche concedute per l' acquisto e per il consumo individuali, e che vanno da un massimo di 4 litri ad un minimo di 2 litri al mese.

Le licenze per la vendita di alcoolici vengono concedute di regola non ai privati ma a società: e non a tutti i comuni: infatti su 113 città solo 103 avevano il diritto di smerciare alcoolici, e su 2414 comuni rurali soltanto 191. In tutta la Svezia, esistono 1616 spacci su una popolazione di 6 milioni di abitanti.

Correlativamente a questo regime astinenziale semiproibizionista, le condanne per delitti commessi in istato di ubbriachezza scesero da un 7.8 per mille abitanti nel 1920 ad un 4.5 per mille nel 1928. Il maggior numero di delitti commessi sotto l' azione dell' alcool si ebbero al sabato; ed in ordine decrescente alla domenica ed altri giorni festivi, al venerdì, lunedì, mercoledì, martedì, con un minimo al giovedì: ed infine il 24 % dei condannati per delitti commessi in istato di ubbriachezza avevano meno di 25 anni di età ed il 45 % proveniva dai comuni rurali.

Anche in Norvegia, ove il proibizionismo assoluto, che era in vigore prima del 1927, è stato abolito per referendum nazionale, la lotta antialcoolica si fa, come in Svezia, sopratutto con la restrizione delle licenze di vendita e degli spacci pubblici. Infatti, di 107 centri urbani, con una popolazione di 8.807.000 abitanti, soltanto 25 hanno spacci di acquavite; 26 soltanto di vino o birra e 22 mantengono un regime rigorosamente secco. Dei 675 comuni rurali, 579, cioè l' 85 % seguono il regime secco; 55 hanno il permesso per la vendita del solo vino; 96 per la sola birra. In tutti, senza eccezione, è proibita la vendita dell' acquavite.

Tuttavia, dopo la abolizione del regime proibizionista assoluto, il numero degli spacci, da 898 nel 1927 era già aumentato a 912 nel 1929; il consumo di acquavite da 0.50 a 1.92 litri per abitante e quello di alcool da 2 a 2.14: mentre i delitti commessi negli stessi rispettivi anni in istato di ubbriachezza erano cresciuti in tutto il regno da 36.047 a 37.734, cioè, in meno di due anni, dal 13 al 13.5 per mille, con una

proporzione quindici volte maggiore nelle città in confronto delle campagne (40.5 contro 2.6 per mille).

Viceversa, in Danimarca, il consumo dell' acquavite è disceso da 5 litri a testa nel 1910 a 0.6 litri a testa nel 1928; cioè diminuito di quasi dieci volte. In pari tempo l' imposta sull' acquavite è aumentata da tre a cento lire sul litro. La Danimarca beve quantità quasi trascurabili di vino, birra e liquori; i comuni hanno il diritto di chiudere, per referendum, tutti gli spacci di alcoolici, e ne usano largamente: ed intanto questa nazione poverissima di risorse naturali, è ricca, colta, civile, (non esistono ladri) ed industriosa.

Negli Stati Uniti d' America infine, come tutti sanno, esiste fino dal 1917, per tutta intera la immensa Confederazione, il regime proibizionista, nel senso più assoluto: in quanto che la produzione e la vendita degli alcoolici per uso edonistico è letteralmente proibita in tutti gli Stati della Confederazione stessa, mentre il consumo di alcoolici è limitato a determinate prescrizioni mediche ed alla produzione di vino strettamente famigliare. Le statistiche demografiche prodotte dai sostenitori di un tale regime secco ad oltranza, fino dai primi tempi della campagna e dall' epoca in cui pochi Stati avevano votata l'astinenza legale, sono certamente probative ed hanno dimostrato una assoluta regressione nei delitti, nelle spedalizzazioni, nelle psicosi, derivanti dall'alcoolismo: ma bisogna convenire che in pari tempo, anzi a malgrado di tali vantaggi, il contrabbando di alcool, per ragioni anzitutto economiche e secondariamente edonistiche, ha assunto oggidì una organizzazione così colossale e perfetta; ha invaso in maniera così predominante tutte o quasi le stratificazioni sociali nordamericane, non esclusi i pubblici ufficiali e, a quanto si dice, la stessa magistratura ed i capi degli Stati, che oggidì nel Nordamerica si beve infinitamente di più e peggio che in un regime umido: come noi stessi abbiamo verificato sul luogo; per cui le psicosi alcooliche riprendono con inusitato vigore, e la lotta antialcoolica perseguita dal Governo di Washington, assume disgraziatamente, per quanto inconfessatamente, le allures di una farsa o di una operetta di cattivo genere. È noto a tutti in America del Nord, che i più forti ed energici sostenitori del regime secco, quelli che lo aiutano con mezzi finanziarii imponenti, sono proprio i contrabbandieri di alcool, i cui guadagni annui si calcolano a qualche miliardo di lire italiane: e che perderebbero tutto il loro guadagno ove il regime proibizionista venisse abolito.

Dresel (41) osservando che l'alcool agisce in triplice modo distruttivo sull' individuo, sulla discendenza, sulla società, ammette che due sono le forme principali per combatterlo: la ospedalizzazione precoce degli alcoolisti in tutti i modi attualmente esistenti ed applicabili; (asili liberi od obbligatorii) e la legislazione giuridica sulle persone alcoolizzate unitamente a quella economica e sociale sul consumo e sulla produzione delle bevande alcooliche.

È bene conoscere a tale proposito ciò che si è già fatto in Germania. Dall' 11 novembre 1879, data in cui fu fondata la prima casa di ricovero per alcoolisti e Silvah (Amburgo) da un psichiatra, Werner Nasse e da un medico, Edoardo Hirsch, a oggi, sono stati creati 42 istituti specializzati per internamento e cura degli alcoolisti propriamente detti (Trinkerheilstätten) con 1579 letti e 7 convalescenziarii e ricoveri (Trinkerheimstätten) con 493 letti: di cui 28 ospedali per soli uomini e 7 per sole donne: 4 convalescenziarii per uomini e 3 misti: con un totale adunque di 2072 letti e 3285 malati curati nel 1928 (24). Esistono anche degli istituti molto bene organizzati e di recentissima creazione, per lo studio

e per la produzione di mosti dolci, e di macchine agricole per la loro confezione. Così, ad esempio, la Scuola e l'Istituto di Oberlenbach per la produzione di mosti dolci di frutta (24) aveva prodotto nel 1927, primo anno di fondazione, 50 ettolitri di mosti dolci, che nel 1928 erano saliti già a 300 e che nel 1929 avevano raggiunta la rispettabile cifra di 1600 ettolitri.

Esiste ancora in Germania il famoso Ordine dei Buoni Templari Tedesco (I. O. G. T.) il quale poteva contare al 31 gennaio 1929 sulle seguenti forze perfettamente organizzate: 1021 logge per adulti con 30.600 affiliati; 190 logge giovanili con 6000 bambini; 226 loggie militari con 4000 giovani associati. Altre associazioni che lottano in Germania contro l'alcoolismo sono, oltre alla Associazione Nazionale anti-alcoolista, la Reichshauptstelle gegen Alkoholismus (Ufficio Governativo centrale per la lotta antialcoolica) ed il Verband der Deutschen Trinkerheilstätten (Lega degli Ospedali per alcoolisti).

Merita infine di conoscere i risultati ottenuti da Delbrück (39) con la creazione di asili per soldati della territoriale svizzera alcoolizzati (Heilstätte für alkoholkranke Wehrmänner) promossa da ufficiali dell'esercito svizzero, durante la mobilitazione ed i lavori di fortificazione alle frontiere, ordinati dallo Stato maggiore svizzero in occasione della grande guerra, nel 1914-16. Tali asili si sono dimostrati così utili, che sono stati conservati anche dopo la guerra. Le guarigioni ottenute sono arrivate fino al 20 % dei ricoverati. Delbrück raccomanda la creazione anche negli ospedali psichiatrici di appositi reparti per alcoolisti e l'internamento preventivo e precoce di costoro, nei reparti adatti esistenti nei riformatorii e nelle case di lavoro (Arbeitshäuser).

Del resto, i mezzi per combattere l'alcoolismo sembrano raccogliersi intorno al seguente programma: 1. Propaganda sociale estesissima ed incessante. 2. Profilassi sociale rigorosa, diagnosi precoce ed internamento precoce degli alcoolizzati. 3. Creazione e stabile funzionamento di istituti specializzati per il trattamento dell'alcoolismo. 4 Legislazione sociale e tassazione economica enorme sugli alcoolici. 4. Penalità e sterilizzazione eugenica.

Fischer (57) anzi, stabilisce sette tappe sociali e terapeutiche per il trattamento degli alcoolisti:

1. Ammonizione della polizia e segnalazione del soggetto come bevitore.
2. Seconda ammonizione e diffida.
3. Primo internamento di sei settimane.
4. Secondo internamento per 6-12 mesi, sia esso volontario, sia esso forzato, non importa.
5. Internamento prolungato al di sopra di un anno, fino a guarigione clinica e presumibilmente psicologica.
6. Internamento definitivo nell'ospedale psichiatrico se il malato è divenuto un vero e cronico psicopatico e se, dopo guarigione parziale (dei sintomi acuti), è ancora capace di lavoro e di rendimento.
7. Trasferimento definitivo in casa di ricovero e in deposito per invalidi, se il malato è incapace di lavoro.

XI. — La lotta antialcoolica ed i suoi mezzi. Conclusioni.

Premettiamo una dichiarazione di principio, che riteniamo opportuna, dal doppio punto di vista, teoretivo e pratico.

Fare il processo all'alcoolismo non significa necessariamente fare il processo al vino. Nei paesi temperati d'Europa, l'uso plurimillenario del

vino costituisce per una grande e demograficamente predominante massa sociale, contadina ed operaia, una necessità divenuta quasi fisiologica e fors' anche una utilità psicologica.

Il vino rappresenta infatti, per tale massa umana, un alimento termogenetico compensatore di un' alimentazione quantitativamente inadeguata o qualitativamente troppo uniforme (amerositosica) ; dal punto di vista psicologico, esso agisce senza dubbio alcuno come un euforico psichico, talora provvidenziale, deputato ad attenuare l' innata reattività istintiva dell' uomo incolto, a far dimenticare al povero, sia pur fugacemente ed illusoriamente, le sue preoccupazioni famigliari ed economiche e le sue dolorose proteste contro le oppressioni del fisco o contro le prepotenze dei più forti.

Il vino d' uva non contraffatto è un prodotto vegetale di fermentazione sano e gradevole : anche chi ne è, per assoluta convinzione, astinente, può senza peccare, assaporarlo — in circostanze conviviali e festive di occasione — senza sdegno, senza pruderie e senza mancare alla propria fede, fondamentalmente proibizionista. Ma ad una fede che parteggia per un proibizionismo misurato e sopratutto logico : non dogmatico ed incongruo, e perciò materialmente e moralmente inadeguato, come ogni giorno di più risulta essere, in ultima analisi, quello che la legislazione nordamericana si irretisce a mantenere, come già dicemmo, col solo risultato di trasformare le sacre procedure della legge in quelle della più ridicola farsa.

Amare il vino come un gradito e discreto componente materiale della alimentazione e della vita umana, non significa affatto incoraggiare l' alcoolismo : come proibire l' uso del vino e degli alcoolici come si fa oggidì nella Confederazione nordamericana, non significa affatto fare della buona politica antialcoolista e tanto meno della pratica e buona morale.

Oggidì, infatti, l' alcoolismo riprende a diffondersi, in questa bella e giovane e grande nazione, (come abbiamo già accennato nel capitolo precedente), e dopo un periodo di reale astinenza della popolazione dagli alcoolici, con rinnovata audacia e vigoria. I contrabbandieri di alcool si dimostrano i più sfrontati e pubblici padroni della polizia e della politica ed i più briganteschi violatori dell' ordine pubblico. Essi conducono in pubblico un tenore di vita criminale tale, che nella vecchia e disprezzata ma più saggia Europa, li avrebbe portati giustamente dopo un mese, e fors' anche meno, all' ergastolo, alla forca ed alla fucilazione.

L' alcoolismo, cronico ed acuto, riprende adunque, negli Stati Uniti, i suoi nefasti diritti mortali sul genio demografico della popolazione : le psicosi alcooliche e la delinquenza da alcool risalgono alle spaventose cifre della epoca pre-proibizionista ed offrono con ciò la migliore dimostrazione proprio a quella tesi proibizionista ed antialcoolista, la cui materiale esecuzione sembra, ed effettivamente così è destinata, fallire in in pieno.

La verità è che tale tesi, scientificamente, biologicamente, politicamente e sociologicamente esatta, è stata male applicata. Tale tesi può riuscire giusta ed applicabile, alla sola condizione che essa sia delimitata ad una sua reale e possibile — non dogmatica ed inattuabile — sfera di azione legislativa, sociale, politica, biologica. Far scomparire in una nazione, territorialmente ed intellettualmente grande, l' alcoolismo, proibendo l' introduzione o la produzione degli alcoolici è un assurdo. Essa non può assolutamente raggiungere lo scopo, per la materiale impossibilità dello Stato di predisporre i meccanismi materiali atti alla totale prevenzione della frode e della produzione clandestina dell' alcool. Regolamentarne invece e trasformarne la produzione ed il consumo; combatterne

gli eccessi con una equa legislazione, con una educazione morale, scientifica e sociale della popolazione, promovendo la graduale trasformazione e contrazione della coltura agraria vinicola, curando ed incoraggiando la elevazione degli stessi sentimenti edonistici della gioventù e della massa degli individui adulti con lo sviluppo degli sports, delle società educative, turistiche e patriottiche nazionali, organinzzando rigorosamente ed implacabilmente la ospedalizzazione e la interdizione giuridica degli alcoolisti, è un' impresa perfettamente possibile e destinata a sicuro, se pur lento successo.

Il proibizionismo americano è una follia che fallirà fra breve; un proibizionismo europeo, sul tipo di quello danese, potrà insieme ad altre provvidenze, salvare le razze, discretamente degenerate, del nostro antico ma meraviglioso continente.

Ed a questo proposito appunto, riprendiamo la nostra domanda. Che cosa dobbiamo e possiamo fare per opporci al dilagare della endemia mondiale dell'alcoolismo, nei riguardi sopratutto della nazione italiana?

Dobbiamo adottare una rigida proibizione di tutte le bevande alcooliche, come nel regime secco degli Stati Uniti d'America? Oppure una limitazione degli spacci di alcoolici e delle ore di consumo di questi (18) unitamente alla imposizione di dazi proibitivi sui prodotti alcoolici di ogni genere?

Oppure la diminuizione, fino alla quasi totale eliminazione del terreno coltivato a vite da vino, o la trasformazione delle viti da vino in viti da uva mangereccia o la trasformazione quasi totale del vino alcoolico in spirito da ardere o in vino non fermentato?

Oppure infine una legislazione rigorosa contro i bevitori basata sullo internamento d'autorità degli alcoolisti in istituti speciali di cura (16), sulla privazione dei diritti privati e pubblici, sulla sterilizzazione eugenica legale? (19) (84) (a)

Tutte queste misure sono e saranno utili; ma nessuna sarà la sola ed unica.

Il regime secco è certamente, da un punto di vista teorico, l' ideale. Ma in America, ove è stato imposto fin dal 1917 da una legge federale che non ammette equivoci (20), esso è diuturnamente minacciato da una formidabile coalizione di interessi offesi, dalle innumerevoli insidie della frode, dalla stessa complicità larvata — come abbiamo già rilevato — di una buona parte della polizia doganale e urbana, (b) e, fra breve, scomparirà per dar posto nuovamente al regime umido.

(a) Notizie amplissime e recentissime sia sulle misure sociali che sulle proposte legislative contro l'alcoolismo si trovano in: Fischer: « Der Alkoholmissbrauch » (60); come pure i dati statistici più recenti riguardanti gli effetti positivi e negativi del proibizionismo, unitamente alla presa di posizione dell'opinione pubblica nordamericana pro e contro il regime secco, si trovano nella splendida ed esauriente monografia di Schmölders: « Die Prohibition in den Vereinigten Staaten », (62) che il lettore potrà consultare per farsi una idea adeguata della odierna situazione ed impostazione del problema antialcoolico e della lotta che al regime antialcoolico si è iniziata in America stessa, con la possibilità, forse a non lunghissima scadenza, di piena vittoria.

(b) Wishart osserva che la classe dei ricchi oziosi beve ancora molto a malgrado del proibizionismo: ma riconosce che l'operaio consuma molto meno alcool e risparmia molto più denaro. Tale constatazione non contraddice alle conclusioni di Gerby (50) il quale rileva che dopo il proibizionismo le lesioni dell'alcoolismo nel Nordamerica sono divenute più gravi, perchè dovute agli alcooli bassi, all'aldeide acetica, al fuselöl ed ai succedanei dell'alcool etilico, usati di contrabbando per sostituirli.

La diminuizione del terreno coltivato a vite dovrà essere imposta per legge e in modo tale da non alterare rapidamente gl' interessi degli agricoltori e del bilancio nazionale: e potrà essere, insieme al dazio protettore contro l'alcool estero, una delle migliori misure profilattiche per l'avvenire.

La trasformazione del vino alcoolico in alcool per combustione o del succo d'uva in mosto dolce non fermentato, come l'estensione della coltivazione di uve da pasto, faranno pure assai bene; ma dovranno essere adottate in massa, per essere veramente e tangibilmente efficaci.

Una legislazione severa contro gli alcoolisti potrà condurre pure a risultati tangibili, se sarà prima di tutto ben fatta e poi bene applicata: come la sterilizzazione eugenica, incontestabilmente preferibile a molte altre misure per la sicurezza d'azione e rapidità d'applicazione, dovrà venir regolata da norme di legge prudentissimamente create sopratutto da medici alienisti e da giuristi medico-legali: ed è appena sul sorgere, per quanto già applicata e largamente controllata in qualche stato della Confederazione americana e in Svizzera.

Ma la campagna e la vittoria migliori contro l'alcoolismo saranno ora e sempre quelle della legislazione di stato, della propaganda sociale e dell'esempio instancabile (17). La educazione morale, il risveglio del senso di responsabilità individuale anche nei più giovani e nei più umili componenti del congregato sociale; la elevazione sistematica della donna, la nostra compagna di amore e di lotta nella vita, come essere sociale direttamente interessato nella legislazione e nella responsabilità delle nazioni; l'affinamento dei sentimenti sociali e la sublimazione degli istinti; l'amore alla bellezza, alla sobrietà, alla salute; il piacere del sacrificio e l'orrore del piacere artificiale o dannoso: ecco i principii che possono essere oggi, sempre ed ovunque predicati, ma che debbono venire, prima che da tutti, da noi stessi praticamente professati e continuati per anni e per decenni.

Ma poichè l'uomo, per la sua stessa malvagia natura, rifugge dal sacrificio e si sottrae, quando può, al dovere ingrato e pesante; l'uomo, dico, dovrà essere sempre coercito da norme di legge per abituarsi ad accettare, fino ad incorporarle come abitudini, le regole pesanti, eppur necessarie, della buona vita eugenica ed euprassica e della condotta sociale.

La quale condotta, nei riguardi della lotta contro l'alcoolismo, noi crediamo, allo stato attuale della scienza medica e sociale, di poter delimitare e comprendere nei quattro seguenti postulati fondamentali:

1. P r o p a g a n d a e l o t t a m o r a l e , s o c i a l e , s c i e n t i f i c a, (dispensarii di igiene mentale; assistenza sociale, leghe di temperanza ed associazioni antialcooliste; sostituzione industriale dei succhi d'uva dolci (non fermentati) al vino ed ai liquori; subordinatamente: diffusione della birra a minima gradazione alcoolica).

2. L e g i s l a z i o n e s t a t a l e c o n s i s t e n t e s o p r a t u t t o i n m i s u r e f i s c a l i g r a v a t i v e (t a s s a z i o n i e n o r m i) s u l l a p r o d u z i o n e e s u l l o s m e r c i o d i p r o d o t t i a l c o o l i c i d e s t i n a t i a l c o n s u m o e d o n i s t i c o u m a n o; come pure legislazione riguardante l'internamento giuridico degli alcoolisti (v. punto seguente).

3. O s p e d a l i z z a z i o n e l i b e r a e f o r z o s a d e g l i a l c o o l i s t i , regolata da leggi speciali e largamente applicabili. Creazione di ospedali specializzati, convalescenziarii e colonie di lavoro per alcoolisti. Segnalazione precocissima dei bevitori presso le autorità politiche e sanitarie locali.

4. Sterilizzazione giuridica e sterilizzazione eugenica degli alcoolisti divenuti recidivi impenitenti, o psicopatici recidivi, o psicopatici cronici, o dementi, per effetto dell'alcool: cioè privazione più o meno completa dei diritti civili e della patria potestas, da un lato, e privazione temporanea o definitiva del jus generandi (castrazione parziale) con metodi medicoterapeutici adeguati (non abolenti il jus coeundi).

E per verità, solo quando noi incominceremo a non bere mai nulla che contenga alcool, lasciando al medico soltanto il diritto e la responsabilità di prescrivere il vino od i liquori come rimedi in casi di malattia e di necessità: quando i nostri figli non vedranno mai sulle tavole nostre, nè su quelle degli amici o delle amiche, nè su quelle delle taverne o degli alberghi, i vini ed i liquori, pur potendone avere a volontà: quando, a preferenza del vino, il quale è troppo spesso veleno e morte, pianteremo grano, che è sempre vita e salute: quando, all'alcoolista identificato diremo: bada a quello che fai, perchè per la prima volta sarai perdonato; ma alla prima ricaduta sarai ammonito; alla seconda sarai temporaneamente internato in un istituto di cura per alcoolisti; alla terza sarai internato in un ospedale psichiatrico; alla quarta sarai dichiarato alcoolista cronico: ed all'alcoolista cronico diremo: basta, hai troppo abusato della Bontà Sociale: è necessario, ora, che la Società ti interdica, ti privi della patria potestà e del diritto di generare e ti tolga per sempre dalla libera circolazione sociale: quando noi saremo giunti a poter compiere tutto ciò, noi avremo, anche se il libero mercato sarà inondato di vino e di liquori, purgata la società dall'alcoolismo endemico; da questa sua orrenda sanie millenaria; la quale, con le lusinghe dell'ebbrezza paradisiaca, distrugge il cervello, la generazione, la stirpe, poichè ferisce a morte i beni più preziosi che ci sono stati dati da Dio: cioè la salute e la capacità di bene generare; e per essi, il diritto di vivere e di continuarci nella specie.

BIBLIOGRAFIA

1. Biliard — La vigne dans l'antiquité. 1913 Cocchia. Sulle condizioni disagiate dell'agricoltura in Italia, 1911 - citati da L. Bianchi (15).
2. Forel und Schwiedland — Warum soll man den Alkohol vermeiden - Rikola Verlag, Wien, 1924.
3. Nicloux — L'alcool et l'alcoolisme au point de vue biochimique - Presse médicale 1913. p. 593.
4. Schottomueller und Schum — Untersuchungen ueber den Alkoholgehalt der Spinalfluessigkeit bei Alkoholisten und Deliranten - Deutsche Ztschr. F. Nerv. Vol. 46. 1913.
5. Bertholet — Hérédité et Alcoolisme - Giesser und Held, Lausanne, 1913 e: Manicomio, Archivio di Psichiatria, 1914.
6. Secrétariat antialcoolique suisse — Guide antialcoolique, Librarie antialcoolique, Lausanne, 1924.
7. Bianchi V. — Alcool ed Epilessia - Archivio di Lombroso, 1914.
8. Seppilli e Agostini — Rivista Sperimentale di Freniatria, 1913.
9. Fonquernie — Déscendence comparée des alcooliques et syphilitiques - Thèse de Bordeaux, 1906-07.
10. Bonhoeffer citato da Allevi — L'alcoolismo, Hoepli, Milano, 1906.
11. Suiza — Revista de criminologia, p. 509, 1925, Buenos Aires.
12. Rinberg — Alcool et criminalité-Archives d'Anthropologie criminelle, 1913.
13. Callier — Alcool et phtisie-Thèse de Paris-Jouve et Boyer, 1899.

14. Roux — Etude sur les rapports de l'alcoolisme et de la phtisie - Tnèse de Paris, 1881.
15. Bianchi L. — Eugenia, Igiene Mentale - Idelson, Napoli, 1925.
16. Colla — Denkschrift ueber die Notwendigkeit der Schaffung eines Trinkerfuersorgegesetzes — Allgem. Ztschr. f. Psych p. 99-1925.
17. Legrain — Le traitement des buveurs-Archives de Neurologie, 1924.
18. Catalàn — La repression del alcoholismo en la legislacion argentina-Revista de criminologia, p. 513, 1925, Buenos Aires.
19. Meltzer — Das Problem der Abkuerzung lebensunwerten Lebens-Marhold, Halle, 1925.
20. Cherrington — Antisaalon League Year Book - Westerville Ohio. Annate dal 1909 al 1929 (21 volumi).
21. Wertheim — The state hospital quarterly, - febr., 1926 ; cit. in Encéphale, p. 654, 1926.
22. Cullerre — Du parricide en pathologie mentale - Arnette, Paris, 1925. p. 118.
23. Sennerti Danielis — Medicina practica - Lugduni, 1629. (cit. in M. M. W. p. 2037, 1926).
24. Deutscher Verein gegen Alkoholismus — Bericht ueb. die 40 Jahresversamml. usw. - Verlag Auf der Wacht, Berlin, 1930.
25. Deutsches Reich — Das Gaststättengesetz 28.4. 1930 - Verlag Auf der Wacht, Berlin, 1930.
26. Regno d' Italia — Legge sulla protezione e assistenza della maternità e dell' infanzia del 10 dicembre 1925 e regolamento per la sua esecuzione 15 aprile 1926.
27. Regno d' Italia — Legge recante provvedimenti per combattere l'alcoolismo del 19 giugno 1913.
28. Rogers — The effect of alcohol upon longevity.—
29. Corradini — The record of one hundred american cities - The world League against alcoholism - Westerville, 1922.
30. Stoddard — Wet and dry years in a decade of Massachusset public record - 1922.
31. Stoddard — Handbook of modern facts about alcoholism - 1914.
32. Hercod — La prohibition de l'acool en Russie - 1917.
33. Filmor Condit — The relation of saloons to insanity - American Issue Publishing Co. Westerville, Ohio.
34. Laitinen — Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des tierischen Körpers für Infektionsstoffe - Acta Societatis scientiarum Fenniace, XXIX, 7, 1902).
35. Stieve — Der Einfluss des Alkohols auf die Samenbildung der Hausmaus - Naturwiss. Korrespondenz, 1, 1923.
36. Bluhm (Agnes) — Ueber einige Versuche bei Säugetieren das Zahlenver hältnis der Geschlechter zu beeinflussen - Archiv. f. Rassen-u. Gesellschaftsbiologie, XVI, 1924).
37. Gyllenswärd — Bidrag till fràgan om alkoholverkningars ärftighet - Stockholm, 1923.
38. Rost und Wolf — Zur Frage der Beeinflussung der Nachkommenschaft durch den Alkohol im Tierversuch - Archiv f. Hygiene, XCV, 1925.
39. Delbrück — Zur Asylierung der Trinker - Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie usw. LXXXIV, 1926.
40. Donath — Die Wirkung des amerikanischen Alkoholverbots auf die Tuberkulose - M. M. W. 73, 1926.
41. Dresel — Der Alkohol und seine Bekämpfung - in « Handbuch der soz. Hygiene » di Gottstein usw. vol. III. Springer, Berlin, 1926.
42. Wasielewski, Rosenfeld, Winterstein - Alkohol und Volksgemeinschaft, Springer, Berlin, 1926.
43. K. A. und P. Heiberg — Die gesetzliche Regelung der Alkoholfrage in Dänemark - D. M. W. 52 ; 1926.
44. Thiken — Handbuch der Alkoholgefährdetenfürsorge und der Bekämpfung des Alkoholismus - Neuland Verlag ; Berlin, 1928.

45. THIKEN — Die Heilfürsorge für Alkoholkranke - und gefährdete als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsfürsorge - Archiv f. Soziale Hygiene und Demographie, III, 1928.
46. BAUMEISTER — Handbuch der Trinkerfürsorge - Reichsverband für Katholische Trinkerfürsorge, Freiburg i. B. 1928.
47. FLAIG — Alkohol und Unfall - Reichsarbeitsblatt, n. 11, 1928.
48. MUCKERMANN — Wirkungen des Alkoholgenuss auf die Nachkommenschaft - Neuland Verlag, Berlin, 1928.
49. KURKA — Die Wirkung verschiedener alkoholischer Getränke auf geistige Leistung - Ztschrft. f. angew. Psychol. XXX, 1928.
50. GERBY — In Journal of American Medical Ass., LXXXIV, 16, 1925.
51. WLASSAK — Grundriss der Alkoholfrage - Hirzel, Leipzig, 1929.
52. BOSS — Zur Frage der erbbiologischen Bedeutung des Alkohols - Monatschr. f. Psych. LXXII, 1929.
53. PEARL — Alkohol and life duration - Internat. Clinic. XXXVIII, 1928.
54. NAVILLE — La preuve chimique de l' ivresse et la mesure chimique de son intensité - Rev. méd. Suisse Romande - XLVIII, 1928.
55. WEEKS — Alkohol and child life - Enfant, Revue Internat. VI. 1928.
56. BANDEL — Sterblichkeit und spezifische Männersterblichkeit in der Schweiz 1867 bis 1925 und ihre Beziehung zum Alkohlverbrauch - Alkoholfrage, XXIV, 1928.
57. FISCHER — Progressive Trinkerbehandlung - Archiv f. soz. Hyg. u. Demographie, III, 1928.
58. DELBRÜCK — Die gegenwärtige Probleme für den Irrenarzt im Kampf gegen den Alkoholismus - Psych. Neur. Woch. 1929,
59. BRATZ — Das Abstinenzsanatorium im Rahmen des psychiatrischen Staffelsystems - Z. psych. Hygiene, I. 1928.
60. FISCHER — Der Alcoholmissbrauch - Auf der Wacht, Berlin Dahlem, 1930.
61. HOFFMANN — Die Rassenhygiene in den V. S. von Nordamerika-Lehmann, 1913.
62. SCHMÖLDERS — Die Prohibition in den Vereinigten Staaten - Hirschfeld, Leipzig, 1930.
63. INSABATO — L'alcoolismo cronico - Soc. Ed. Libr. Milano, 1922.
64. GERINI — Relazione sopra l' influenza diretta ed ereditaria dell' alcoolismo sugli ammalati ricoverati nel reparto di osservazione psichiatrica dei R. R. Spedali Riuniti di Livorno negli anni 1902-1926. - Rass. St. Ps. 1930.
65. A. D. H. — Official scientific evidence on the subject of alcohol - Revue Int. contre l'alcoolisme, p. 182 ; 1930.
66. DE NICOLÒ — Alcoolismo nell' infanzia - La clinica pediatrica, p. 758. 1930.
67. POHLISCH — Alkohol - Fortschritte der Neurologie, p. 417, 1930.
68. DRESEL — Der Alkohol und seine Bekämpfung - in Handbuch d. soz. Hyg. III ; - Gottstein, Schlossmann u. Teleky, Berlin, 1926.
69. FIORANI GALLOTTA — Alcoolismo - in Trattato di Igiene del Casagrandi, Utet, Torino, 1928.
70. BERGMANN — Dr. Bratts letzte Aeusserungen ueber die Enthaltsamkeit und das Verbot - Rev. Int. contre l'alcoolisme, p. 129, 1930.
71. GUREWITSCH — Vergleichende Internationale Statistik des Alkoholskonsums - Archiv f. Soz. Hyg. u. Demogr, 1930.
72. SCHMÖLDERS — Prohibition und Volksgesundheit in U. S. A. - Archiv f. soz. Hyg. u. Demogr. 1930.
73. MENDE — Der Schutz der Familie gegen den trunksüchtigen Familienvater - Verl. Auf Der Wacht, Berlin Dahlem, 1930.
74. WHITTAKER — Alkoholische Getränke und Lebensdauer - Reinhardt, München, 1910.
75. FETSCHER — Grundzüge der Eugenik - Deutsch. Verlag f. Volkswohlfahrt, Dresden, 1929.
76. ZURUKZOGLU — Eine neue Alkoholgesetzgebung in der Schweiz - Archiv f. soz. Hygiene, p. 466, 1930.
77. BUERSTENBINDER — Zur Frage der Krebsdisposition der Alkoholiker und Luetiker - Hippokrates, p. 494, 1930.

78. VIDONI — Un' inchiesta sull'alcoolismo tra i fanciulli delle scuole elementari della provincia di Genova - Difesa Sociale, 1930.31.
79. GRANT — Die Erregbarkeit der Grosshirnrinde bei Nachkommenschaft von Alkoholikern - p. 1-26.
80. UPRUS — Experimentelle Untersuchungen ueber die Wirkung von Alkoholismus der Eltern auf Bau und Entwicklung der Hirnrinde und der Subcorticalganglien bei der Nachkommenschaft - Folia Neuropathologica Esthoniana, p. 74 - 105, X. 1930.
81. BANDEL — Prohibition und Volksgesundheit in U. S. A. - Archiv f. soz. Hyg. u. Demographie, - p. 499, 1930.
82. BLUHM — Zum Problem : Alkohol und Nachkommenschaft - Lehmann, München, 1930.
83. RÜDIN — Psychiatrische Indikation zur Sterilisierung - XXI.
84. LOKAY — Ueber die hereditären Beziehungen der Imbezillität - XIX, Arbeiten aus der Deutsch. Forschungsanstalt f. Psych., Springer, Berlin, 1930.

SOMMARIO. SOMMAIRE. SUMMARY. ZUSAMMENFASSUNG.

Levi Bianchini analizza dal punto di vista della fisiopatologia sperimentale ed umana, da quello della statistica demografica, come pure dal punto di vista della psichiatria, della eredologia e della eugenetica, i danni provocati nella razza, nelle nazioni e nella discendenza, non meno che nella società e nella produzione del lavoro, dall'abuso degli alcoolici, cioè dall'alcoolismo: portando dati statistici, risultati di inchieste demografiche, ed altri tratti dalla propria esperienza psichiatrica e medicolegale, e dagli studi statistici, clinici e sperimentali d'insieme sull'argomento. Conchiude analizzando i mezzi posti finora in opera dalla iniziativa statale e privata per combattere l'alcoolismo, constituente la più grave delle pandemie universali, e sostenendo che il modo migliore per ridurlo ed eliminarlo, dev'essere costituito dagli sforzi riuniti della legislazione statale e della educazione morale individuale e sociale,e che possono venire sintetizzati nel seguente programma profilattico, educativo e proibizionistico: Propaganda instancabile, lotta antialcoolista, legislazione fiscale e sanitaria, ospedalizzazione e sterilizzazione degli alcoolisti.

Ospedale Psichiatrico Consortile V. E. II — Nocera Inferiore (Salerno)

diretto dal Prof. M. Levi Bianchini

CONSIDERAZIONI SOPRA UN CASO DI TUMORE DELLA FOSSA CRANICA ANTERIORE IN FRENASTENICA CEREBROPATICA ACROMEGALICA CON INTEGRITÀ DELL' IPOFISI.

Dott. CARMELO VENTRA - Medico Primario

(con le Tav. III, IV ed una figura nel testo)

Scriveva saggiamente il Tonnini che l'argomento dei tumori encefalici rimane sempre inesauribile, ed offre in ogni singolo caso qualche interesse dal punto di vista diagnostico.

Sappiamo già infatti quale polimorfismo, talvolta strano, domini la clinica dei tumori cerebrali, e quali enormi difficoltà di interpretazione diagnostica offre il complesso dei sintomi, specialmente quando è rappresentato dai soli fenomeni generali, i quali possono anch' essere l' espressione tipica di molte altre malattie.

Le difficoltà diagnostiche aumentano ancora, quando il tumore si manifesta in malati di mente, poichè allora sorgono spesso quesiti importanti di diagnostica differenziale, per stabilire quanto della sindrome spetti al tumore, e quanto alla malattia mentale concomitante.

Talvolta il polimorfismo clinico riveste un interesse particolare, giacchè la variante clinica può divenire centro di osservazioni nuove, o d'interpretazioni diverse dalle osservazioni e dai concetti dominanti.

Il caso che pubblico, infatti, offre non solo un interesse clinico per la particolarità delle sue manifestazioni sintomatiche, ma offre sopratutto un interesse interpretativo clinico e patogenetico di alcuni fenomeni, che è utile a chiarire contrasti, interferenze e rapporti intorno a problemi discussi e insoluti di clinica e di patologia.

La complessità della personalità morbosa poi, e la coesistenza del tumore con l' acromegalia, inducono a qualche considerazione interessante sull' argomento sempre vivo e scottante, ed oggi più che mai rinverdito e rinfocolato dalle ricerche del Fichera, intorno all' etiopatogenesi dei tumori.

Riporto anzitutto la storia clinica.

R. Anna fu Giovanni, nata a Napoli il 22 luglio 1885, nubile, casalinga. Gentilizio negativo. Il padre aveva 23 anni più della madre.

Dai certificati medici e da referenze familiari si hanno le seguenti notizie anamnestiche :

All' età di 12 o 13 mesi fu colta da intossicazione intestinale (?) e quindi da meningite. Guarì, ma rimase quasi sordomuta. Il padre amorosamente riuscì a farla alquanto parlare verso l' età dei dieci anni ; però emetteva una voce grossa, forse a causa, dicono i familiari, del grande spessore della lingua.

Facendosi più grande, acquistava in parte anche l' udito, sentendo in particolare i tumori.

Le funzioni mestruali comparvero a 17 anni, assai irregolari. Ebbe verso i 15 anni fenomeni di sonnambulismo. Era eccentrica, strana, volubile, però di cuore. Verso i trenta anni cominciò ad avere convulsioni fortissime, e poichè varie volte metteva in pericolo la vita, tanto che una volta, per un accesso convulsivo, fu trovata con la mano nel fuoco, si fu costretti a rinchiuderla in Manicomio, donde uscì il 9-11-1924, e non ebbe più convulsioni.

Dopo qualche anno le si arrestarono le funzioni mestruali, ed entrò in uno stato di eccitamento, emettendo forti grida, urlando, fuggendo per la casa, urtando nelle lastre o in altri posti, percuotendo chi trovava sui suoi passi.

Fu di nuovo ricoverata in Manicomio, e ne uscì in esperimento il 10 giugno 1926, perchè tranquilla e riordinata mentalmente.

Ritornarono le funzioni mestruali. Rimase però sempre strana e cervellotica. Credeva sempre di essere perseguitata, gridava, e scappava di casa all'insaputa dei familiari. Tentò anche di buttarsi giù dalla terrazza di casa. Negli ultimi tempi, poco prima di tornare per la terza volta al Manicomio, si lagnò di dolori fortissimi alla testa ed ebbe vomiti di acqua verde e gialla.

Somaticamente presenta aspetto mascolino, con sintomi di acromegalia e virilismo prosopopilare.

TRASCRIZIONE DEI DIARII CLINICI

Ammessa la prima volta in manicomio il 24 giugno 1922.

26-6-922 — Dal certificato medico risulta che la ricoverata è stata sempre debole di mente.

Ha sofferto meningite. Dal 1915 si manifestarono accessi convulsivi a tipo epilettico. Da tempo non ha mestruazioni.

Ha una fisonomia maschile, acromegalica. Sul dorso della mano sinistra ha una vasta cicatrice da scottatura, in seguito ad accesso convulsivo. È blesa, deficiente.

Ogni tanto emette delle forti grida, traballa per un istante, senza cadere a terra, poi si ripiglia. Pare vi sia perdita di coscienza.

La malata stessa dice che per un istante è come una ubbriaca e non vede intorno a sè. L' accesso capita due o tre volte nel corso del giorno. Fisico buono.

3-7-922 — La malata continua ad avere gli accessi come sopra. È tranquilla, lucida, ben orientata, coerente. Si alimenta bene. Dorme.

10-7-922 — Stato solito. Gli accessi sono meno frequenti. Si trasferisce in Sez. Tranquille. Si chiede il ricovero definitivo, con diagnosi di *petit mal* in imbecille.

7-9-922 — Continuano ad essere meno frequenti gli accessi di piccolo male. Lavora a far la calza. È tranquilla, lucida, ordinata. Fisico buono.

30-9-922 — Gli accessi sono di nuovo frequenti : due o tre al giorno. Non si agita e si riordina presto mentalmente.

29-5-923 — Attacchi frequenti, ma lievi. Aiuta il rattoppo delle calze, generalmente tranquilla e composta, totalmente amenorroica, fisico buono. Ha una faccia da maschio, non da donna.

15-1-924 — « Sez. Tranquille ». Va soggetta ad accessi convulsivi epilettici, che diventano sempre più completi e classici. Dopo resta confusa e un po' petulante, ma non si fa offensiva. D' ordinario è lucida, abbastanza coerente e laboriosa nella sartoria. Fisico buono.

30-8-924 — Non ha avuto mai mestruazioni durante il tempo del suo ricovero in Manicomio. Da tre mesi le mestruazioni sono ricomparse. Ha però avuto sempre gli accessi convulsivi, che si ripetevano tre o quattro volte al giorno. Sta praticando la cura iodo-polibromo-luminal. Da una settimana non ha accessi convulsivi. È molto migliorata nel fisico.

9-11-924 — Non ha più avuto in questi mesi accessi convulsivi. È lucida, tranquilla, ordinata. Può essere dimessa in prova.

Diagnosi : *Petit mal in imbecille.*
Uscita in esperimento il 9-11-929, consegnata alla sorella R. Teresa.
Riammessa il 15 novembre 1925.
15-11-925 — « *Osservazione* ». Nell' istante del suo ricovero si è alquanto eccitata ed agitata, opponendosi alla svestizione. Questo scatto si deve al fatto che i parenti l' hanno condotta quì con inganno, cosa che l' ha molto contrariata, dice lei.
Si è subito calmata, lasciandosi convincere di restare in questo Manicomio solo 15 giorni. È una recidiva.
24-11-925 — In questa settimana si è mostrata abbastanza tranquilla, di umore normale, ordinata e disciplinata. Orientata, lucida, debole di spirito. Non è stata ancora colpita da attacchi convulsivi.
29-11-925 — Si mostra lucida, orientata, coerente, ma deficiente.
Tranquilla, calma, se lasciata a sè. Un invito, una esortazione a fare qualche cosa, non dico un ordine, la eccitano facilmente, la irritano ; si rifiuta o si ribella con la violenza caratteristica degli epilettici. Ordinata, pulita. Si ricovera.
5-1-926 — Da parecchio tempo sta tranquilla, ordinata, calma. È lucida e coerente. Non è stata mai colpita da attacchi convulsivi. Potrebbe essere dimessa, e per tale scopo sarà presentata al Sig. Direttore pel parere.
Diagnosi : *Carattere epilettico in imbecille.*
Uscita guarita dallo stato di eccitamento il 10 gennaio 1926. Consegnata al cognato De B. Leopoldo.
Riammessa il 24 luglio 1930, ore 13 p.
26-7-930 — « *Osservazione* ». Ammessa tranquilla, si è mantenuta calma finora. È una deficiente con inevoluzione del linguaggio. Dice, accompagnando con segni, che è stata condotta quì pei dolori di testa. Fisonomia stupida, sorridente. Presenta una cicatrice da scottatura, che riportò quando, 10 anni fa colpita da accessi convulsivi, cadde in vicinanza di un braciere. Afferma che le si sono presentati disturbi di nervi in seguito al terremoto del 24-7-930. Note antropologiche diverse ; acromegalica.
27-7-930 — Frenastenica di notevole grado. Ripete sempre « Sono venuta quì per la testa ». È inevoluta nel linguaggio. Nella cartella clinica si parla di tendenze suicide, ma quì appare di umore normale, tranquilla, calma.
2-8-930 — Nulla di modificato. Si ricovera.
23-8-930 — Da qualche giorno eccitata, è divenuta da ieri molestissima, insulta ed aggredisce le altre ricoverate. Le si applica il giubbetto e si tiene fuori letto.
4-9-930 -- È ora libera dal giubbino e resta calma ed innocua. Fisico discreto.
7.8-930 — È depressa, silenziosa. Resta a letto, perchè debole ; rifiuta le vivande cotte : si alimenta di latte ed uova.
18-9-930 — Resta a letto, immobile, muta, in uno stato di sopore, dal quale si risveglia con difficoltà per compiere atti comandati, con la massima lentezza: anche se va a sedere in ritirata, vi resta anche un' ora, se non è ripresa e ricondotta a letto.
Dal lato romatico è a notare : strabismo binoculare interno, più pronunziato per l' O. D. ; disordini circolatorii, specie della cute del viso, consistenti in alternative di congestione e di ischemia cutanea, polso lento e raro (10 puls. a 1'), respirazione superficiale e rara (10 atti respiratorii 1'), dermografismo rosso rilevato, sensibilità generiche attutite, riflessi pupillari torpidi, patellari quasi aboliti, ecc. È trasferita all' infermeria, perchè si alimenta troppo poco.
19-9-930 - - *Infermeria donne.* Non migliora affatto : Coscienza crepuscolare, sopore intenso, strabismo, cecità, paresi muscolare ; ptosi palpebrale. Mangia però di buon appetito ad occhi chiusi.
20-9-930 — Sintomi invariati : il polso si fa più raro e meno pieno e forte. Continua ad alimentarsi.
21-9-930 — Resta immobile, muta, sorda agli stimoli ad occhi chiusi; sollevate le palpebre, i bulbi oculari restano fissi, le pupille midriatiche leggermente, rigide. Il polso è raro e piccolo. Fa prevedere vicina la fine.
23-9-930 - È morta alle ore 0,30 di stamane per meningo-encefalite. Diagnosi : *Frenastenia.*

REFERTO NECROSCOPICO (24-IX-1930)

Esame esterno : Cadavere di donna adulta dell' età apparente di 50 anni. Nutrizione discreta. Vasta cicatrice retratta sul dorso della mano sinistra. Rigidità cadaverica persistente.

Cavità cranica : La pachimeninge è ispessita, opaca, aderente soltanto in corrispondenza della fossa cranica anteriore, e specialmente della lamina cribrata dell' etmoide, ov' è attraversata da una massa neoplastica. Tanto la pachi quanto la leptomeninge sono intensamente congeste.

Cervello : Regolarmente e armonicamente sviluppato. Non si notano lesioni macroscopiche sulla superficie superiore. Nell' estrarlo, si nota che i lobi frontali sono aderenti ad una massa neoplastica sottostante. Le aderenze sono deboli, tanto che il tumore si può facilmente enucleare. Si vede allora che le circonvoluzioni della faccia inferiore del lobo frontale di destra sono distrutte, e parzialmente anche quelle di sinistra.

La sostanza bianca perineoplastica è rammollita (Vedi fig. I).

Tumore : Il tumore occupa gran parte della fossa cranica anteriore, svolgendosi principalmente nella sua metà destra (Vedi fig. II). Ha la grandezza di un' arancia, ed è lobulato e bernoccoluto. Mentre è stato agevole enuclearlo dalla massa cerebrale, senza soluzione di continuità, si trova invece aderentissimo alla base del cranio, tanto che bisogna estirparlo. Si nota allora che, attraversata la dura meninge, si era scavato la via attraverso la lamina cribrata dell' etmoide, approfondandosi e spandendosi nelle cavità nasali. Una sezione sagittale cranio-facciale mette in evidenza tale fatto.

Staccato il tumore, risulta di aspetto piriforme, circuito dalla dura meninge, aderentissima nel punto di unione fra i tre quarti superiori e il quarto inferiore come risulta chiaro dalla figura quì appresso riportata.



Peso complessivo della parte isolata del tumore gr. 125.

Praticando una sezione longitudinale, si nota che la dura madre si approfonda circolarmente in esso per qualche millimetro, gradualmente assottiglian-

dosi, fino a sparire, sicchè le due metà del tumore, che da essa sembrano divise, costituiscono invece un corpo unico, senza soluzione di continuità.

L'esame istologico, praticato tanto sul tumore quanto sulle sue propaggini nasali, per avere maggiore conferma della natura neoplastica di queste ultime, ha dimostrato trattarsi di un glioma.

Nella veduta d'insieme (fig. III) si osserva che fra uno stroma connettivale in tratti inspessito ed in altri meno evidente, ricco di vasi, esistono gli elementi neoplastici arrotondati, raramente isolati, per lo più confluenti in ammassi di numerosi elementi.

Gli stessi elementi si osservano nella fig. IV, a più forte ingrandimento. Le sezioni, praticate in diversi punti, hanno dato tutte lo stesso reperto isto-patologico.

Ipofisi. Normale di aspetto. Anche dell'ipofisi è stato praticato l'esame istologico, e non è stata in essa riscontrata alcuna alterazione anatomica. (Trattandosi di una ricerca specifica, allo scopo di avere anche un apprezzamento diagnostico sicuro del reperto istologico, i suddetti esami sono stati praticati presso l'Istituto dl anatomia patologica della R. Università di Napoli, sotto la guida e il controllo particolarmente competnte del Prof. VINCENZO TRAMONTANO, che sentitamente ringrazio).

Cervelletto : Integro. *Midollo spinale :* Normale. *Cavità addominale :* Peritoneo parietale e viscerale : normale. Intestino grasso e tenue : normale. Appendice vermiforme: normale. Milza (aspetto, topografia, volume, ecc.) : normale. Pancreas : (aspetto, topografia, volume ecc,): normale. Cistifellea e vie biliari : normali. Reni : ingranditi alquanto ed iperemici. Vescica : normale. Organi genitali : normali.

Cavità toracica: Pleure : La pleura di destra presentava delle aderenze. A sinistra esiti di pleurite interlobare. Polmoni : sani. Pericardio : normale. Cuore; normale. Aorta : normale, Tiroide, timo, paratiroidi, laringe: normali.

Cavità orale. Macroglossia. Ghiandole salivari, palato molle, tonsille: normali.

Faccia: Cavità orbitarie : normali. Globi oculari: normali. Cavità auricolari: normali. Cavità nasali : sono colmate da propaggini del tumore, che, attraversato l'etmoide, si è diffuso in esse.

Diagnosi anatomica : tumore della fossa cranica anteriore.

CONSIDERAZIONI CLINICHE

Il primo quesito che sorge spontaneo è il seguente : era possibile in vita la diagnosi di tumore cerebrale ?

La diagnosi di tumore intracranico si basa sopra due grandi gruppi di sintomi: sintomi generali e sintomi di localizzazione.

I sintomi di localizzazione consistono in paralisi di varia forma, come emiplegie, monoplegie, paralisi di muscoli innervati da singoli nervi cranici, disturbi dei movimenti associati dei muscoli oculari, spasmi localizzati convulsioni Jaksoniane, tremore ritmico simile a quello della sclerosi disseminata, disturbi dell'equilibrio e della deambulazione, disturbi della sensibilità, specialmente nel territorio del quinto paio, emianopsia, fosfeni, disturbi unilaterali dell'udito, dell'odorato, del gusto, sintomi afasici motorii o sensitivi, sintomi di acromegalia, ecc.

I sintomi generali sono : cefalea, vomito, vertigini, nevrite ottica bilaterale, e talvolta unilaterale, come ho dimostrato in un caso di mia osservazione, convulsioni generali epilettiformi, disturbi psichici.

Ricerche diagnostiche sussidiarie sono rappresentate dalla radiografia e dall'esame del liquor. La radiografia, o meglio ancora la encefalografia, può essere gasosa (insufflazione di sostanze gasose nei ventricoli cere-

brali, previa sottrazione di tutto o di parte del loro contenuto liquido: metodo Dandy) oppure o p a c a (encefalografia ventricolare lipioidea del Sicard, o arteriosa con l' aiuto di una soluzione di joduro di sodio: metodo Moniz; o sinovenosa lipioidea: metodo Sicard).

I reperti radiografici, salvo casi eccezionali, non forniscono però che dati generici di aumentata pressione endocranica e difficilmente elementi di localizzazione (ANTONINI).

L' esame del l i q u o r dimostra aumento di pressione, aumento del quoziente rachidiano differenziale di Ayala, positività delle reazioni delle globuline (PANDY,, NONNE, NOGUCHI, WEICHBRODT).

Queste ricerche di laboratorio sono talvolta un valido sussidio alla clinica; ma è evidente che esse si compiono, quando l' indagine clinica ha posto gia sul tappeto della discussione la diagnosi di tumore cerebrale, quando cioè i sintomi di localizzazione e i sintomi generali hanno già fatto sorgere il sospetto del tumore.

Ma purtroppo l' esperienza insegna che non solo vi sono dei tumori che restano assolutamente muti per tutta la vita, e costituiscono unicamente un r e p e r t o d i a u t o p s i a, ma che, quando mancano sintomi patognomonici netti, precisi e sicuri, di localizzazione cerebrale, la diagnosi in base ai soli sintomi generali il più delle volte presenta delle difficoltà enormi, e spesso insormontabili anche dal clinico più sperimentato.

Gli sforzi di tutti i ricercatori sono stati rivolti all' esame minuto di tutti i sintomi, allo scopo di cogliere particolarità d' insorgenza e di sviluppo, che potessero elevarsi al valore di elementi patognomonici dei tumori cerebrali, ma purtroppo fino ad oggi bisogna concludere che non vi sono sintomi patognomonici su cui basare con certezza tale diagnosi. (ANTONINI).

Ma se una diagnosi di certezza non è agevole, vi sono però delle norme, che consentono una diagnosi di probabilità.

Il MURRI le ha raggruppate in queste tre regole fondamentali:

1º Un fenomeno il quale accenna l' alterata funzione di una parte del cervello, ha quasi sempre poco valore, se è solo; la diagnosi acquista in probabilità, se più fenomeni indicanti la stessa sede s'aggruppano.

2. Un fenomeno, che accenna l' alterata funzione di una parte del cervello, può acquistare grande valore diagnostico, anche quando altri fenomeni non gli si aggruppano intorno, purchè quell' uno sia persistente, ed insorga prima dei fenomeni comuni o indifferenti del tumore intracranico.

3. Uno stesso gruppo di sintomi può avere un significato diverso, secondo l' ordine con cui la loro comparsa si succedette.

Circa le caratteristiche poi dei sintomi generali l' Antonini, in un suo recentissimo studio su 20 casi di tumore cerebrale, rileva che la cefalea è il sintomc più p,ecoce dei tumori intracranici, che si presenta in grado maggiore o minore, sembra legata alla fase d' installazione dell' ipertensione endocranica tende a diminuire col progresso della malattia, ed è meno frequente nella fase terminale. Il vomito, meno frequente della cefalea, è anchesso un sintomo precoce, talvolta unico, e si ripete più frequentemente col progredire del morbo. La papilla da stasi è anch' essa un segno precoce, frequentissimo, e compare prima dei disturbi visivi.

Gli accessi convulsivi epilettiformi sono un sintomo meno frequente nei tumori endocranici.

Essi sono a tipo Jacksoniano, o a tipo essenziale. Se a tipo Jaksoniano, sono interpretati come segno d' irritazione diretta di focolaio della

corteccia motrice; e ciò in tesi generale è esatto. Se invece sono a tipo essenziale, la discussione è aperta circa la loro patogenesi, perchè alcuni li considerano come dipendenti dall' ipertensione endocranica, ed altri no.

Quando la lesione del tumore è limitata ai lobi frontali, si hanno per lo più manifestazioni di equivalenza psico-epilettica, come fughe, assenze ecc.

Tra i sintomi generali, quelli che d' ordinario richiamano l'attenzione del clinico sulla eventualità di un tumore endocranico sono la cefalea e il vomito.

Però, nonostante queste regole e le più acute sottilizzazioni semiologiche e diagnostiche, la diagnosi dei tumori cerebrali offre qualche volta difficoltà insormontabili, specialmente quando mancano fenomeni di focolaio. Nella nostra malata infatti, anche se il sospetto avesse potuto sorgere, la diagnosi di tumore cerebrale sarebbe stata assolutamente arbitraria, se si esclude la fase terminale della malattia.

La R. è stata colpita da meningite all' età di circa 13 mesi, rimanendo sorda e muta. Verso i 10 anni comincia a parlare con voce grossa, che i familiari attribuiscono alla grossezza della lingua. Fattasi più grande, riacquista a poco a poco l' udito. D' indole buona, ma eccentrica, strana, volubile, presenta verso i 15 anni fenomeni di sonnambulismo, dicono i familiari. A 17 anni compaiono le mestruazioni, irregolari. A 30 anni si manifestano i primi segni di epilessia, dapprima sotto forma di petit mal, e poi con convulsioni che si ripetono per 9 anni, e cioè fino al 1924, seguite da stati confusionali di breve durata. Nei periodi intervallari si ha reintegrazione psichica completa. Verso la fine del 1924 scompare ogni fenomeno epilettico, per non ripresentarsi mai più.

Dimessa dal manicomio in tale epoca, perchè tranquilla, lucida, ordinata, vi ritorna nel novembre del 1925 per uno stato di eccitamento psichico. e n' esce nel gennaio del 1926, perchè guarita di tale stato morboso, Ordinata, lucida, coerente, cosciente, presenta solo deficienza psichica, che ha dato luogo alla diagnosi d' imbecillltà. Resta a casà fino al luglio 1930, per un periodo cioè di 4 anni e mezzo. In questo periodo manifesta idee deliranti di persecuzione, fughe di casa immotivate, impulsi al suicidio. Nel luglio 1930 viene di nuovo ricoverata in Manicomio, sebbene calma e ordinata. Poco prima di quest' ultima riammissione la paziente si era lagnata a casa di dolori di testa fortissimi, ed aveva avuto vomito. In Manicomio la cefalea perdura. ma non intensa. Nell' agosto 1930 ha una crisi di agitazione con impulsi aggressivi. Ai primi di settembre, mostrandosi depressa e astenica, rimane a letto, rifiutando i cibi solidi, e alimentandosi solo di latte e uova.

Gradualmente s' insedia uno stato di sopore profondo, dal quale si desta solo se chiamata, per ricadervi, appena abbandonata a se stessa.

Compie atti comandati con la massima lentezza. Se vien condotta in ritirata, vi resta anche delle ore, fino a quando non è ricondotta a letto.

I disturbi si aggravano rapidamente: compaiono strabismo binoculare interno più pronunziato a destra, disordini circolatorii, specie della cute del viso, consistenti in alternative di congestione e d' ischemia cutanei, polso raro e lento (66 p. al 1'), respirazione superficiale e rara (10 atti respiratorii a 1'), dermografismo rosso rilevato, sensibilità generali attutile, riflessi pupillari torpidi, patellari quasi aboliti. Il 19 settembre si aggiungono ai detti sintomi ptosi palpebrale, cecità, paresi muscolare. Si alimenta bene, ad occhi chiusi. Nei giorni seguenti il polso si fa sempre

più raro e meno pieno. Il 22 settembre entra in coma sempre più profondo. È sorda agli stimoli. Sollevando le palpebre, si nota che i globi oculari restano fissi, le pupille sono leggermente midriatiche, rigide. Il polso piccolo e raro.

Altri esami più minuti e particolareggiati non sono consentiti dallo stato gravissimo della malata. Muore il 23 settembre 1930,

In questa fase terminale della malattia, la diagnosi di tumore cerebrale è più che autorizzata. Ma in epoca precedente non solo non era autorizzata, ma non poteva neanche essere lontanamente sospettata.

Nelle tre ammissioni in Manicomio infatti furono formulate tre diagnosi: la prima di petit mal in imbecille; la seconda di carattere epilettico in imbecille; la terza di frenastenia.

Le tre diverse diagnosi, che si dipartono dal tronco patogenetico fondamentale di una pregressa meningo-encefalite infantile, sono perfettamente giustificate dalla diversa sintomatologia clinica, che la R. ha presentato nei tre momenti del suo ricovero in Manicomio.

Nel primo ricovero infatti la paziente non ha mostrato altro che una banale sindrome di deficienza mentale encefalopatica con accessi convulsivi, che si sono iniziati sotto forma di petit mal, giustificando così tale diagnosi fatta nel periodo legale di osservazione, e si sono poscia profilati e completati sotto forma di classica epilessia.

Nel secondo ricovero l'epilessia era scomparsa, ma i precedenti anamnestici e la facile eccitabilità, reattiv tà e impulsività giustificarono perfettamente il concetto diagnostico del carattere epilettico in imbecille.

Senonchè anche queste note di eccitabilità, reattività e impulsività scomparvero alla data del terzo ricovero, durante il quale altra diagnosi non apparve possibile che quella di semplice frenastenia.

L'esperienza clinica dimostra che nei casi di frenastenia cerebropatica, l'epilessia concomitante è un fatto di ordinaria osservazione.

Noi sappiamo infatti che le meningiti o le meningo-encefaliti sono la causa delle cerebropatie infantili, le quali si possono dividere in tre gruppi:

1°. Cerebropatie con paralisi: cerebroplegie vere.

2°. Cerebropatie aparetiche, ma con disturbi minori delle funzioni motorie e trofiche: cerebroplegie fruste.

3°. Cerebropatie con semplice deficienza o regresso delle funzioni intellettuali: cerebroplegie psichiche.

D'ordinario l'epilessia si accompagna alle cerebropatie del primo e del secondo gruppo, ma in alcuni casi si accompagna alla cerebropatie del terzo gruppo, e rappresenta il solo sintomo motorio associato alla deficienza psichica.

Però, se tutto questo è vero, è anche vero che in tutti questi tre casi l'epilessia è un fenomeno precoce, e compare nella prima o nella seconda infanzia (De Sanctis), restando durevolmente per tutta la vita.

Tutte le meningiti anche venute a guarigione, affermano Tanzi e Lugaro, intaccano più o meno la sostanza nervosa e possono lasciare quà e là piccole distruzioni d'elementi nervosi o fatti cronici di gliosi, che si rivelano con sintomi generali: senso durevole di fiacchezza, d'incapacità al lavoro, smemoratezza, malumore abituale, irritabilità, oscillazioni immotivate degli affetti, tendenza agli alcoolici ed agli altri eccitanti, od anche intolleranza delle bevande alcooliche; talvolta, dopo mesi od anni di benessere, si stabilisce durevolmente il quadro

dell' epilessia, con tutte le sue complicazioni psichiche e i suoi effetti cumulativi a danno dell' intelligenza.

La R. ha sofferto a 13 mesi la meningite. e n' è guarita. I postumi sono stati gravi ed importanti: difetto del linguaggio, difetto dello udito fino al decimo anno ed oltre, deficienza notevole delle facoltà intellettive.

Ma di epilessia neppur l' ombra, fino al 30° anno.

Al 30° anno essa si manifesta dapprima in forma lieve, a tipo di petit mal, e poscia, sempre più determinatamente e completamente, in forma classica di epilessia convulsiva a tipo essenziale, i cui accessi aumentano d' intensità e di frequenza, fino a raggiungere un' acme, che poi declina, si stempera e si esaurisce definitivamente nel giro di 9 anni.

Stando così le cose, non rimaneva che appigliarsi a due ipotesi e cioè: o pensare a una deficienza delle notizie anamnestiche, per cui rimaneva ignorato il legame con l' encefalopatia rappresentato nel decorso dei 30 anni da eclampsia, da stati vertiginosi, da accessi di petit mal o da altre eventuali manifestazioni epilettiformi, sfuggite o non riferite; oppure ammettere una forma di epilessia tardiva, quale si riscontra dai 30 a 40 anni in una percentuale che varia dal 6 al 9 per cento dei casi (Gowers, Tonnini, Roncoroni) e può essere di origine arteritica, luetica, cardiopatica (Bozzolo), o legata a menopausa precoce (Salerni) ecc.

Le risultanze negative dell' esame clinico fecero senz' altro escludere queste ultime condizioni. Non rimase quindi che appigliarsi all'ipotesi più probabile, ammettendo la incompletezza dell' anamnesi, ed il rapporto con l' epilessia e la pregressa encefalopatia.

Pertanto la diagnosi di frenastenia cerebrobatica con epilessia fu la sola possibile, e la sola giustificata dalle risultanze dell'indagine clinica ed anamnestica.

Tumore, epilessia, ipertensione endocranica

Comunque, mai l' epilessia poteva allora, nel nostro caso, essere lontanamente sospettata come sintomo di un tumore cerebrale.

Abbiamo già antecedentemente fatto notare che la condizione fondamentale perchè l' epilessia possa concorrere ad una diagnosi di probabilità di tumore encefalico, è ch' essa sia accompagnata ad altri sintomi clinici, che possano interpretarsi come manifestazione plausibile di tal processo morboso, specialmente quando essa non ha i caratteri dell' epilessia Jaksoniana, ma riveste invece quelli dell' epilessia essenziale.

Oggi però l'osservazione epicritica ci trasporta in un ordine di considerazioni ben diverse e più conformi alla realtà.

Abbiamo chiesto alla famiglia notizie anamnestiche più precise di quelle che ordinariamente accompagnano i malati al Manicomio, ed abbiamo saputo che prima dei 30 anni la R. non ha avuto nè convulsioni nè equivalenti epilettici. Ed avendo oggi riscontrato al tavolo anatomico un tumore encefalico, non abbiamo più ragione alcuna di forzare le induzioni clinico-patogenetiche, correndo dietro alle lacune e alle eccezioni, giacchè le possiamo basare su rapporti di dipendenza concreti ed ormai acquisiti alla clinica ed all' anatomia patologica.

Se, in altri termini, durante l' osservazione clinica, volendo dare una interpretazione patogenetica alla manifestazione epilettica, ci siamo aggrappati all' ipotesi più probabile del suo rapporto con la pregressa encefalopatia, oggi invece, dopo il reperto anatomopatologico, non possiamo

che ritornare sulla grande via maestra, mettendo l'epilessia in rapporto col tumore cerebrale.

La legge generale circa il carattere di precocità (prima e seconda infanzia) delle manifestazioni epilettiche legate alle cerebropatie infantili — non infirmata del resto dalle induzioni e dalle considerazioni precedenti, giacchè noi abbiamo soltanto invocato la possibilità di qualche dato anamnestico sfuggito, non valutato, o non sufficientemente controllato, che servisse da legame e colmasse la lacuna del trentennio muto di manifestazioni convulsive —, non solo conserva oggi tutto il suo valore e trae maggiore conferma dai maggiori e più precisi accertamenti anamnestici e dal reperto anatomopatologico, ma ci serve per stabilire in modo indiscutibile il rapporto di dipendenza patogenetica della sindrome epilettiforme dal tumore encefalico.

Stabilita infatti che prima dei trent'anni la R. non ha avuto alcuna manifestazione epilettica o epilettiforme, che l'epilessia non era legata ad arteriti, a lue, a cardiopatie, considerato ch'essa si è manifestata quasi in forma parabolica, con un inizio a tipo di petit mal, con un crescendo progressivo e sempre più classico di fenomeni convulsivi, e con un declinare di essi per intensità e frequenza fino all'esaurimento e alla cessazione completa nel giro di 9 anni, tenuto presente il reperto necroscopico, è agevole la deduzione epicritica che la sindrome epilettiforme è stata causata dal tumore, giacchè oggi è ormai concordemente riconosciuto che oltre alla forma essenziale o idiopatica ed a quella cerebropatica, vi è una epilessia sintomatica, causata da intossicazioni esogene, come alcool e piombo, o da malattie generali, come sifilide e arteriosclerosi, oppure da traumi, tumori, tubercoli solitarii, ecc.

Su ciò dunque non cadde dubbio alcuno.

Ma il dubbio comincia, e la discussione è ancora aperta, sulla interpretazione patogenetica del fenomeno epilettico a tipo essenziale nei casi di tumore cerebrale.

In generale si ritiene che l'ipertensione endocranica ponga le condizioni necessarie di questo fenomeno. L'ipotesi è fondata sul fatto che l'epilessia si manifesta contemporaneamente o posteriormente ai sintomi più frequenti, più comuni e più costanti dell'ipertensione endocranica, quali il vomito e la cefalea. Ma ciò non sempre si verifica; ed il caso di cui mi occupo, è un esempio chiaro, preciso, inequivocabile della indipendenza della epilessia dall'ipertensione endocranica, causata dal tumore.

Il fenomeno epilettico, in questo caso, si inizia intorno al 30° anno di vita della paziente, e rimane per decennii isolato.

I disturbi della parola e dell'udito esistevano fin dall'infanzia, ed erano anzi migliorati con gli anni, fino al punto che la paziente nell'età adulta parlava chiaramente e sentiva bene. Mancavano disturbi visivi. Vi fu invero un fatto che fa pensare all'esistenza di disturbi della vista, rappresentato dalla circostanza che in un certo periodo della sua vita la paziente, colta da disturbi a tipo ipomaniaco, mentre fuggiva dalla casa, urtava nelle lastre. Ma questo episodio unico e transitorio si svolge intorno ai principi dell'anno 1926, e cioè circa due anni dopo l'inizio delle prime manifestazioni epilettiformi. E poichè in quel tempo, per le ragioni precedentemente esposte, è da ritenere che il tumore si erà già iniziato e sufficientemente sviluppato, è ad una azione diretta del tumore sui nervi ottici che bisogna imputare, se mai, l'ipotetico disturbo della vista,

avendo noi epicriticamente notato che l' impianto originario del tumore era appunto al davanti e in prossimità del chiasma ottico.

L' epilessia quindi rimane per anni ed anni l'unico e solo sintomo del processo neoplastico.

La cefalea e il vomito, segni certi dell' ipertensione endocranica, compaiono alla distanza di circa 15 anni, e cioè pochi mesi prima della morte della paziente. Essi d' ordinario sono manifestazioni precoci dei tumori cerebrali, e dipendono dall' ipertensione. E poichè nel nostro caso invece si manifestano tardivamente, bisogna pensare che anche l'ipertensione si è tardivamente manifestata.

Con ciò non si esclude in modo assoluto che un certo grado d'ipertensione abbia potuto accompagnare fin dall' origine lo sviluppo del tumore, per il fatto stesso della presenza di un corpo estraneo crescente nella messa encefalica. Ma è ovvio indurre che i segni clinici dell'ipertensione siano mancati, in virtù del lentissimo sviluppo del tumore, che ha raggiunto il volume finale, considerevole, ma non eccessivo, nel lunghissimo giro di oltre 15 anni, e quindi in virtù dell' assenza di variazioni brusche e dell' adattamento graduale dell' encefalo alle progressive, ma lentissime, modificazioni della tensione endocranica.

Colpisce senza dubbio il fatto che la sindrome più tipica da tumore sia apparsa a distanza di 15 anni circa dall' epilessia. Il fenomeno è raro, e lascia subito perplessi, fino al punto che l' Oppenheim nei casi in cui fra il primo comparire degli accessi epilettici e lo sviluppo degli altri fenomeni intercorrono intervalli lunghissimi (10 e più anni), inclina a credere che l' epilessia in quei casi debba considerarsi come una malattia a sè, e che un cervello ad organizzazione epilettica costituisca un substrato molto favorevole allo sviluppo di neoplasie. Ma egli stesso non esclude per i casi da lui osservati, — come non lo esclude per i casi osservati da Shaskey, Bruns, Bolwby, Giannuli, Mingazzini, Bindo De Vecchi, ecc. in cui all'epoca del primo apparire dei fenomeni imputabili al tumore cerebrale, l' epilessia durava già da 10 fino a 30 anni — che l'epilessia abbia potuto essere anche in quei casi l' espressione del tumore già esistente.

È noto infatti che accanto ai tumori a decorso rapido, come i sarcomi e i carcinomi, esistono tumori a decorso molto lento, come i gliomi, i tubercoli solitarii e gli osteosarcomi, specialmente quando risiedono nei lobi frontali, nella base del cervello e nel cervelletto (Oppenheim), e tumori a decorso lentissimo, come l' osteoma, il colesteatoma e l'angioma cavernoso, che possono durare due, tre o quattro decenni.

La lentezza estrema con cui si sviluppano alcuni di questi tumori, spiega benissimo come l' epilessia possa comparire a grandissima distanza dai fenomeni comuni dell' ipertensione endocranica, i quali insorgono quando la malattia precipita verso la fine.

Ma allora, per darci conto del fenomeno epilettico, non basta il semplice fatto meccanico irritativo dell' ipertensione, ma bisogna cercarne le ragioni in fenomeni più profondi e più complessi, che interessano non solo il cervello, bensì tutto l' organismo.

Apprendiamo dagli studii moderni di neurologia, che oggi si tende a detronizzare la corteccia rolandica come sede esclusiva dell'accesso convulsivo, e allargare l' interferenza di altri fattori nella produzione di esso.

Infatti Sterling, Binswanger, Wimmer, Ziehen, Monakow, Kennedy e Krish, ammettono una compartecipazione dei centri sottocorticali. Dopo gli studi di Wilson e Chartier si parla perfino di una e p i l e s-

sia striata e di una epilessia talamica. BENECH e MUNIER mettono in rapporto con uno squilibrio simpatico le crisi convulsive. ETIENNE e BICHARD pensano ehe in alcuni stati disendocrinici, per effetto di una ipertonicità simpatica dei vasi cerebrali. si produce in primo tempo anemia con inibizione corticale, e quindi scarica dei centri motori sottostanti. PAGNIEZ, LIETAUD, BUSCAINO, ecc mettono le crisi epilettiche in rapporto a fenomeni anafilattici. E per quanto il MARCHAND affermi che « il n' y a qu' un nombre restreint d' observations dans les quelles on peut admettre que le troubles endocrinien a causé l' épilepsie », pure il CALLIGARIS afferma che non si può negare che la disfunzione delle ghiandole endocrine prepara un terreno favorevole alle sensibilizzazione anafilattica per alcune influenze, realizzando la diatesi colloidoclassica con perturbamento dell'annesso apparecchio vago-simpatico e di quello extrapiramidale. Secondo WIDAL, ABRAMI e DE GENNES la mancanza e l'eccesso d' increti nel sangue realizzerebbe delle condizioni d' instabilità colloidoplasmatica propizie alla produzione dei fenomeni anafilattici, e ritengono che nell' epilessia le crisi sarebbero provocate dalla rottura dello equilibrio colloidale. Io stesso ho descritto dei casi, in cui l' influenza del disturbo endocrino nella genesi dell'epilessia era di evidenza lapalissiana.

In altro mio studio ho dimostrato che la teoria anatomopatologica la biochimica, la tossica e la vegeto-endocrina, se isolatamente e con carattere di specificità considerate, non sono singolarmente sufficienti a spiegare il complesso fenomeno epilettico ; che nell' organismo dell' epilettico esistono errori di sviluppo dell' organismo in toto, o di singole parti di esso, tra cui principalissime il sistema nervoso e il sistema vegeto-endocrino ; che esiste un disquilibrio ormonico, ionico, e del ricambio generale, con assorbimento di prodotti tossici ; che è evidente uu insufficiente sviluppo del neo-encefalo, e quindi una deficiente azione dei centri inibitori, con conseguente autonomia e predominio delle attività riflesse psico-fisiche inferiori, rese più vivaci dalla deficienza del calcio ; e che quindi, per spiegare il fenomeno epilettico è necessario ammettere da una parte una predisposizione o una preparazione della sostanza cerebrale, favorevole alle reazioni epilettogene, e dall' altra un difetto ad equilibrio instabile delle funzioni della vita vegetativa, di quelle ioniche, ormoniche, ed elettrolitiche, con conseguente aumento della permeabilità meningea, coroidea e degli endotelii vasali ed ependimali (PIGHINI e DEL RIO), per cui, la rottura periodica o episodica di tale equilibrio, immette in circolo veleni endogeni ed esogeni, che agiscono sulla corteccia cerebrale sensibilizzata e scatenano l' accesso convulsivo, o il suo equivalente.

Questo concetto patogenetico dell' epilessia essenziale può benissimo essere invocato per spiegare la patogenesi del fenomeno epilettico nei tumori cerebrali.

Il tumore è un corpo estraneo, che si sviluppa in un ambiente limitato da un corpo rigido qual' è il cranio. È chiaro quindi che, anche quando non determina aumento brusco e considerevole del liquido cefalorachidiano con variazione più o meno brusca e notevole della tensione endocranica, esercita sempre un' azione compressiva sui tessuti vicini e lontani, per via diretta o indiretta.

Questo fenomeno di compressione, oltre a rappresentare uno stimolo irritativo, porta uno sconvolgimento profondo nella massa cerebrale perchè altera la circolazione sanguigna e linfatica, determina rammollimenti (BOUVERET), interrompe o perturba le relazioni anatomiche e funzionali tra

provincia e provincia del cervello, produce ristagno nella eliminazione delle scorie del ricambio del tessuto nervoso, perturba gli scambii osmotici, e per mezzo dei suoi secreti tossici produce altresì una vera e propria intossicazione cerebrale, come si può dedurre dalle alterazioni delle cellule corticali e dei nervi ottici, paragonabili alle lesioni tossinfettive, dalla larga comunicazione sanguigna e linfatica tra il neoplasma e l'encefalo, che permette l' impregnazione del tessuto cerebrale con le tossine provenienti dal focolaio patologico e dal ricambio generale, dalla estrema sensibilità della corteccia alle tossine, dalla analogia clinica tra i quadri delle encefalopatie tossiche e i quadri dell' encefalopatia neoplastica (Dupré e Devaux).

Però queste lesioni cerebrali, complesse e varie per sede e per natura, non rimangono un fatto localizzato, e non producono soltanto disturbi mentali e nervosi, ma si riflettono in varia misura sugli organi della vita vegetativa e di relazione, turbando l' equilibrio umorale, jonico, ormonico, ed elettrolitico di tutto l' organismo, in virtù dell' intima correlazione tra il cervello e la vita organica.

Esiste una letteratura infinita, che consolida questo rapporto, ch' è oggi dimostrato molto intimo non solo tra il sistema extrapiramidale e il vegetativo, ma ancora tra questo e la corteccia cerebrale.

Più si diffondono e approfondiscono le ricerche, e più si chiarisce che anche nella corteccia cerebrale esistono apparati sottratti alla nostra volontà, e cioè centri di funzioni organo vegetative.

Secondo il Perisson la via vegetativa principale ha la sua origine nelle cellule della regione rolandica e discende al corpo striato.

Lo Schiboni, studiando i fenomeni di simpaticotonia nei tumori cerebrali, ritiene che probabilmente le fibre simpatiche si prolungano alla corteccia cerebrale.

Il nostro Ceni ha dimostrato con ricerche sperimentali interessantissime che nel cervello dei mammiferi esistono diffusi in tutto il mantello cerebrale i centri dei due sistemi vegetativi genetico-pineale e tireo-surreno-ipofisario, i quali hanno azione antitetica, ma sono talmente legati da intime correlazioni, che nell' equilibrio umorale d' origine centrale gli ormoni di un gruppo entrano simultaneamente in azione con quelli dell' altro, e soltanto dal prevalere degli uni o degli altri dipende, come risultante, la caratteristica anabolica o catabolica dei processi ghiandolari. Il cervello dunque, afferma il Ceni, rappresenta il solo e il vero organo regolatore del metabolismo umorale in rapporto con le esigenze dell' ambiente esterno. « Come è la mano intelligente che fa azionare una macchina complessa, così il cervello, usufruendo delle sue energie viscerali preformate e ipersensibili alle influenze esterne, ha il compito di eccitare e inibire l' azione dei varii sistemi simpatico viscevita formando un saldo e indissolubile legame tra la vita psichica e la rali, vegetativa. L'energia cerebrale stimola il gruppo genito-pineale, e inibisce il gruppo tireo-surreno-ipofisario ». Lo stesso Ceni ha dimostrato che i traumi cerebrali lasciano indenne il sistema simpatico bulbo spinale, provocando invece alterazioni notevoli nel sistema gangliare simpatico; e che, mentre sono causa di alterazione e depressione organica e funzionale per mancato stimolo nel gruppo genitopineale, sono per contro causa di ipertrofia e d'iperattività per difetto d'inibizione, nel gruppo tireo-surreno-ipofisario.

Concordano con queste ricerche le osservazioni del Besta, il quale ha notato che specialmente nei feriti dei lobi frontali, oltre alla manife-

stazione del carattere epilettico, della instabilità dell'umore, dell'impulsività spesso violenta, della diminuzione dei poteri inibitori e critici, della minore resistenza a tutti i fattori tossici, ecc. si verifica una grande instabilità della vita vegetativa, che si estrinseca con crisi d'ipotermia, alterazioni facili del numero dei battiti cardiaci, oscillazioni nell'altezza della pressione sanguigna, irregolarità della funzione gastrica, intestinale e vasale, ecc.

È ovvio dunque indurre che, esercitando il tumore azione vulnerante sulla massa cerebrale, e determinando anche per via tossica, biochimica ed umorale, alterazioni sostanziali delle zone più disparate del cervello, possa inglobare in questo perturbamento organico e funzionale anche i centri cerebrali della vita vegetativa, e indurre quindi una disfunzione vegeto-endocrina, con perturbamento neuro-ormonico, ionico ed elettrolitico di tutto l'organismo, e preparazione del terreno favorevole alla produzione dei fenomeni anafilattici occorrenti allo scoppio dell'accesso convulsivo.

In altri termini, si vengono a determinare per via morbosa nell'individuo affetto da tumore cerebrale, e per effetto del tumore stesso quelle condizioni biopatiche molteplici e complesse, che noi abbiamo considerato necessarie per la manifestazione dell'epilessia essenziale.

Quando le lesioni tumorali realizzano queste condizioni, l'epilessia si manifesta; quando no, l'epilessia non fa parte del corredo fenomenico del tumore.

Con questa concezione patogenetica, ci si riesce a spiegare come mai in alcuni casi l'epilessia rappresenti il solo sintomo del tumore, appaia a grandissima distanza degli altri sintomi generali, che sono dipendenti dalla ipertensione endocranica, e ci si spiega ancora come anche in questi casi l'epilessia dipenda dal tumore, e non si debba considerare una malattia a sè, come inclinerebbe a ritenere l'OPPENHEIM.

Nel caso nostro la R. non solo era una cerebropatica infantile, ma si trovava in condizione certa di squilibrio vegeto-endocrino, come testimonia con evidenza indiscutibile lo stato di acromegalia.

Non era una epilettica. Ma anche nelle cerebropatie infantili del terzo tipo senza epilessia, cioè nelle semplici cerebroplegie psichiche, non mancano i processi di gliosi diffusa, di arterite, di abiotrofia tessurale, ecc., che preparano il terreno fecondo alla manifestazioni epilettica. Se per la sua comparsa non sono sufficienti le lesioni causate dalla cerebratia infantile, insorge il tumore, che con le lesioni organiche e i disturbi funzionali che arreca nella massa cerebrale e quindi nell'equilibrio neurovegetativo, ormonico ed elettrolitico di tutto l'organismo, determina le condizioni cerebrobiopatiche necessarie e sufficienti alla produzione del fenomeno epilettico.

Nella paziente infatti l'epilessia s'inizia sotto forma di piccolo male con modificazione del carattere e manifestazioni di piccolo male. È il tumore, che invade i lobi frontali; e noi sappiamo che le lesioni dei lobi frontali sono principalmente quelle che provocano fenomeni sul tipo di equivalenti psichici, come fughe, assenza, ecc. (BESTA, ANTONINI). Ma il tumore cresce, la sua azione deleteria gradualmente si diffonde, il circolo sanguigno e linfatico ristagna, le scorie si accumulano, i centri della vita vegetativa si turbano, e con essi l'equilibrio endocrino, ionico ed elettrolitico, nonchè la normalità delle funzioni della vita vegetativa, la permeabilità delle meningi, dei plessi coroidei e degli endotelii vasali ed ependimali (PIGHINI e DEL RIO), e così si formano e si versano in maggior copia in

circolo prodotti tossici, che oltrepassano le barriere di difesa, arrivano ai centri cerebrali, già intossicati e alterati anche dalle tossine proprie del tumore, si sommano, irritano e scatenano la convulsione.

E la convulsione si ripete e perdura.

Ma a poco a poco il cervello si adatta, perchè il tumore cresce lentissimamente; si ristabiliscono a poco a poco compensi di circolo, si determinano nuovi equilibri funzionali intorno al nucleo morboso a decorso cronicissimo, l'acuzie delle reazioni patologiche tende a stabilizzarsi nella fase di cronicità, temperandosi gradualmente, lo stato d'intossicazione si attenua tanto, che non compaiono non dico fenomeni di cachessia, ma neanche di semplice denutrizione, e così anche gli accessi convulsivi finiscono con lo scomparire, per non ritornare mai più, neanche quando si manifesta in modo certo l'ipertensione endocranica col suo corredo fenomenico clamoroso del vomito e della cefalea.

L'organismo della R., superata la fase tumultuosa della pubertà e della giovinezza, in cui gli squilibrii sono facili anche nelle costituzioni più solide, e raggiunta la fase statica dello sviluppo somatopsichico, ha potuto in questa fase dar agio alla formazione di nuovi rapporti, di nuovi compensi, di nuovi orientamenti equilibratori delle funzioni vegetative, ormoniche, umorali, joniche ed elettrolitiche, sicchè, a poco a poco, non solo sono venute a mancare le condizioni biopatiche necessarie alla manifestazione convulsiva, ma anche gli stessi fenomeni d'irritabilità, eccitabilità e perturbamento neuropsichico (crisi di eccitamento, delirii, impulsi ambulatorii, crisi sonnamboliche, emotività, reattività a carattere epilettoide, ecc., (che secondo il Pfeifer, è quasi una caratteristica dei tumori delle circonvoluzioni frontali, o della sostanza bianca ad essi sottoposta), si sono andati gradatamente dileguando, lasciando in campo la sola frenastenia originaria con lento e progressivo decadimento delle facoltà intellettuali.

L'equilibrio organico generale della R., scosso nella fase di crescenza dalla comparsa del tumore, per l'azione principale di questo sulla massa cerebrale, e quindi per riflesso sul sistema vegeto-endocrino, jonico ed elettrolitico, ha potuto agevolmente ristabilirsi, non solo in virtù della ben nota e sorprendente facilità di adattamento organico e funzionale della sostanza cerebrale alle variazioni in essa indotte dai tumori encefalici, bensì ancora per effetto delle leggi delle alternanze, della induzione e della bilancia ormonica, che presiedono e regolano le correlazioni interormoniche.

Questo policausalismo o policondizionismo etiopatogenetico, analogo a quello che si riscontra nell'epilessia essenziale, spiega a sufficienza l'etiopatogenesi dell'epilessia a tipo essenziale nei casi di tumore endocranico, e dimostra come essa sia indubbiamente originata dal tumore, e si manifesti per ragioni indipendenti e più complesse del semplice stimolo meccanico irritativo dell'ipertensione endocranica, che può anche mancare.

Tumore, acromegalia, ipofisi

Un altro reperto, forse il più interessante, del caso in esame, è rappresentato dall'esistenza dell'acromegalia con l'integrità della ipofisi.

Per circostanze indipendenti dalla mia volontà, sono dolente di non aver potuto avere di questa i preparati.

Quando siano comparsi i segni dell'acromegalia, non ho potuto precisamente stabilire. Dicono i familiari che la R. fino dalla prima infanzia

ha avuto forme tozze; ma l'aspetto maschile con comparsa di peli alle labbra superiori e al mento (irsutismo dell' APERT, e più propriamente virilismo prosopopilare del LEVI-BIANCHINI) l'han notato marcato prima della comparsa delle mestruazioni, cioè prima dei 17 anni. Ma i familiari stessi han detto che verso i 10 anni, quando cioè la R. cominciò a parlare, aveva la voce grossa, forse perchè, soggiungono, aveva la lingua grossa. È notorio invece che la macroglossia costituisce uno dei fenomeni più comuni dell' acromegalia. Questo dato certo, fornitoci accidentalmente dai familiari, messo in rapporto con le linee tozze, specialmente del viso, ch' essi avevano riscontrato già nell' infanzia, può farci ritenere che l'acromegalia sia comparsa appunto nella seconda infanzia, e precisamente intorno al 10° anno. La precocità degli anni nulla dice in contrario, perchè, se è vero che l' acromegalia si manifesta d'ordinario tra i 18 e i 35 anni, è anche vero che eccezionalmente si può manifestare nella fanciullezza e nell' infanzia (MONCORVO, SALLE) come fino ad oggi è stato osservato in una diecina di casi.

Comunque, anno più anno meno, possiamo con certezza affermare che l' acromegalia si è manifestata in un' epoca molto anteriore a quella a cui noi abbiamo con fondate ragioni fatto risalire l' insorgenza del tumore, e che pertanto fra tumore e acromegalia nessun rapporto patogenetico esiste, nè diretto, nè indiretto.

Ed allora dobbiamo ritorcere lo sguardo sull' ipofisi.

Nonostante i dubbi espressi da pochi osservatori, tra cui il CAGNETTO e il MESSEDAGLIA, ormai quasi tutti gli autori, dal LOMBROSO al TARUFFI, che primi hanno individuato la sindrome in parola, al VERGA, al BIANCHI, al GRECO, al TANZI, al MODENA, al CASTELLINO, al PENDE, ecc. concordano nella dottrina della patogenesi ipofisaria dell' acromegalia, dottrina che è legata principalmente al trinomio MASSALONGO - TAMBURINI - BENDA. Ma se in ciò l' accordo è raggiunto, il dissidio permane circa la natura delle lesioni glandolari, che danno luogo all' acromegalia. Le ricerche istologiche sono impotenti a sanare il dissidio. Esse chiariscono che la dottrina dell' iperpituitarismo puro e semplice non regge in tutti i casi, ed infatti oggi detta teoria ha subito delle restrizioni e delle modificazioni.

Oggi si sa che l' ipofisi è un tessuto endocrino fatto di elementi di specie diversa con compiti funzionali diversi. Tra le funzioni più accertate dell' ipofisi il PENDE ricapitola le seguenti: « un' influenza stimolatrice sullo sviluppo e sulle funzioni sessuali; sull' osteogenesi encondrale e sopratutto periostale degli arti, del tronco e del capo; sullo sviluppo dei peli, sulla spessezza dei tegumenti, sullo sviluppo dei tessuti connettivi fibrosi e lagamentosi; una' influenza attivatrice sul metabolismo basale, sul consumo dei grassi, sulla termogenesi, sul tono delle fibre lisce, sulla pressione sanguigna ».

Ora, poichè nella sindrome acromegalica alcune di queste funzioni sono esagerate (osteogenesi e neoformazione di connettivo) mentre altre sono indebolite (funzione sessuale, pressione arteriosa, ecc.) è da ritenere che alcuni elementi della stessa glandola sono in iperfunzione, ed altri no. Non si tratta quindi di una iperfunzione ipofisaria, globale ma di una disfunzione ipofisaria, e quindi di uno squilibrio biochimico, per cui, come, giustamente osserva il PENDE, l' iperfunzione ipofisaria deve ritenersi come « una iperfunzione metatipica, e cioè come un iperpituitarismo anteriore metaplastico, differente dalla secrezione dell' ipofisi normale adulta per quantità, proporzioni reciproche e qualità biologiche dei varii ormoni da essa formati ». Deriva da ciò, che non è necessario che

l' ipofisi acromegalica sia sempre una ipofisi iperplastica o neoplastica, ma che anche una ipofisi di volume normale, anche un processo infiammatorio della glandola può determinare lo stesso squilibrio ormonico intraglandolare, che determina l'iperplasia adenomatosa o l' epitelioma ipofisario (PENDE).

Lasciando da parte i rapporti della glandola col cervello intermedio, messi in rilievo dal BUCHLER, dal WALDOP, dal BERTOLANI, dal REICHARD, dal MARBURG, dal GREVING, dal CALLIGARIS, dal SANTANGELO, dal BUSCAINO, dal MAYER, ecc. per cui è dimostrato che disturbi vegetativi o di nutrizione possono dipendere tanto da lesioni della ipofisi, quanto da lesioni del diencefalo, quanto da interruzione anatomica e funzionale delle connessioni che esistono fra i due organi, basta ricordare che studii recentissimi vanno mettendo in luce sempre più chiara i disturbi ipofisarii che conseguono a lesioni del rino-faringe, in virtù delle comunicazioni fra l' ipofisi faringea e la glandola pituitaria (CITELLI, POPPI) o per osteiti di adiacenza, causate da lesioni del simpatico periarterioso delle connessioni vascolari fra rinofaringe e endocranio (JEBOULAJ, LERICHE, POLICAR, RUGGI, ed UFFREDUZZI). Il BERTOLOTTI ha illustrato i rapporti fra sinusiti croniche e alterazioni flogistiche delle cavità paranasali con osteite circumsellare e pachimeningite. Egli ha egregiamente illustrato alcuni casi in cui aveva potuto escludere il tumore della ipofisi, e mettere in evidenza processi infiammatorii osteitici e pachimeningitici della loggia ipofisaria.

Ciò posto. è chiaro che un processo infiammatorio della loggia ipofisaria basta a determinare una disfunzione glandolare con conseguente acromegalia, senza che per questo si producano lesioni anatomopatologiche della glandola stessa.

Nella nostra malata abbiamo avuto una meningite infantile, controllata al tavolo anatomico. Un processo infiammatorio più intenso deve indubbiamente esserci stato nei pressi della loggia ipofisaria, come si può dedurre dalla maggiore aderenza della dura meninge, in quei pressi, alle ossa della base. La dura meninge passa e chiude la loggia ipofisaria come un ponte, teso fra le apofisi clinoidi anteriori e posteriori, attraversata dal peduncolo ipofisario, che mette in comunicazione la glandola col cervello medio. Uno stato infiammatorio di questo ponte meningeo non può non far sentire la propria influenza sul peduncolo infundibolare e sulla glandola che racchiude. È ovvio quindi pensare che l' acromegalia nella R. sia stata la conseguenza di una disfunzione ipofisaria, determinata dallo stato infiammatorio delle meningi, più acutamente localizzato nei pressi dell' ipofisi e dell' infundibolo.

ETIOPATOGENESI DEL TUMORE

La constatazione di un tumore, impiantato sopra un processo flogistico, in un soggetto in cui esisteva una indubbia disfunzione endocrina espressa in modo inconfutabile dall' acromegalia preesistente, ci mette senz'altro sott'occhio il dibattito intorno alla etiopatogenesi dei tumori, che oggi torna vivo alla ribalta, principalmente dopo le ricerche e le comunicazioni fatte nel settembre scorso dal FICHERA al Congresso della Società per il progresso delle Scienze.

Non è quindi fuori luogo fermarci a considerare il caso anche da questo punto di vista, senza la lontana pretesa di portare un contributo alla soluzione di problemi gravissimi, che ardono nella fucina più cocente

della scienza, ma al solo scopo di non lasciare sfuggire un dato di osservazione clinica e anatomopatologica, che può avere la sua importanza anche in questo orientamento nuovo e lusinghiero di ricerche cliniche e sperimentali, le quali pare gettino un raggio di luce feconda nelle tenebre fonde, che ancora avvolgono di mistero la patogunesi dei tumori.

Da oltre un secolo e mezzo, da quando cioè nel 1773 l' Accademia di Lione bandì per la prima volta un concorso sul « problema del cancro » si è accumulata sull' argomento dei blastomi una immensa mole di ricerche, alle quali sono legate i nomi illustri di scienziati italiani quali il MAFFUCCI, il RONCALI, il SANFELICE, l' ARMANNI, il VERATTI, il CAZZANIGA, il FRANCHETTI, il DONATI, il FICHERA, il GALEOTTI, il PENTIMALLI. ecc.

Una infinità di teorie ha battuto il record dell' ingegnosità, delle possibilità, delle ipotesi, talvolta genialmente fantastiche, ma lo scoraggiamento dell' insuccesso e della fragilità di fronte alla critica e alla realtà fredda e indefettibile. è stato pari all' ardore della ricerca non domata.

Il PIANESE riunisce il 7 gruppi le dotttine più accreditate, e precisamente : 1° nella teoria del blastoma di BROCA ; 2° nella teoria localistica di BARWELL ; 3° nella teoria antagonista di THIERSCH ; 4° nella teoria diatesica di BAZIN e VERMEUIL ; 5° nella teoria traumatica ; 6° nella dottrina istologica, comprendente quella del germe aberrante di COHNHEIM, della dislocazione epiteliale di RIBBERT, e quella dello squilibrio oncogeno di FICHERA ; 7° nella teoria parassitaria.

. Le ricerche e i risultati del FICHERA, comunicati al Congresso delle Scienze, tenutosi in Bolzano nel settembre u. s., pur non approdando ancora a quei risultati definitivi, che il FICHERA stesso si ripromette dagli studi ulteriori, hanno il merito indiscutibile di avere portato in primo piano i coefficienti ormonici nella etiopatogenesi dei blastomi, incanalando così l' indagine .in un alveo ricco di promesse lusinghiere.

Il FICHERA osservò che la somministrazione di estratti di milza e di timo embrionali, ottenuti da feti animali, determinava una c i t o l i s i netta, dove prima esisteva la più rigogliosa proliferazione di cellule cancerigne. Applicando tale criterio terapeutico in individui affetti da carcinoma, il FICHERA stesso afferma di aver ottenuto risultati non clamorosi, ma incoraggianti, e per molti segni probativi.

Sulla base di tali esperienze egli fondò la teoria dello sqnilibrio oncogeno. Secondo tale teoria verrebbe a mancare nell' organismo l'autogoi verno fra i principii stimolatori e i principii inibitori delle proliferazioni; in sostanza il cancro non sarebbe da considerare come una entità locale, bensì la manifestazione di un fenomeno generale, legato al fatto che i tessuti, per non essere più regolati dai poteri organici che presiedono al loro accrescimento, proliferano in modo disordinato ed atipico, dando luogo alla formazione del tumore,

La disfunzione endocrina però non basta da sola a spiegare l'origine e lo sviluppo della neoformazione blastomatosa. Anchi quì bisogna invocare il policausalismo o il policondizionismo morboso. Attraverso tutte le discussioni e le interpretazioni, un dato sul quale può dirsi più quiescente la discussione, come osserva l' AIEVOLI, è quello della p r e d i s p o s i z i o ne. Avendo notato a b a n t i q u o come il cancro non di rado colpisce persone della stessa famiglia, si pensò ad una predisposizione ereditaria, e si finì con l' ammettere che nel nostro organismo circolino elementi che vivono in forma latente, e che in un certo momento si fissano in determinate sedi, magari all' uopo convenientemente preparate, dando luogo allo sviluppo neoplastico, analogamente a quanto avviene

per i bacilli tubercolari, che circolano nell' organismo senza dar luogo a processi morbosi, fino a quando una causa accidentale non abbassa i poteri locali e generali di difesa, che ne paralizzano l'azione deleteria, consentendo la fissazione e lo sviluppo del processo specifico. Onde giustamente osservava il BANG che il cancro è sempre costituito biologicamente prima di esserlo istologicamente. Anche l' ELSNER ritiene che il fattore costituzionale debba essere messo in prima linea, e il BAUER pensa che oltre alla disposizione generale blastomatosa, che determina una condizione favorevole allo sviluppo dei tumori, ve ne sia un'altra speciale nello stesso individuo, che determina una capacità neoplastica di sede come localizzazione di una condizione generale.

Se invece di fermarci ad angoli visuali particolari, noi guardiamo il problema complesso nel suo insieme, forse c' è più agevole renderci conto di tanti fenomeni, che traggono lume più chiaro dai loro rapporti e dalle loro interferenze.

Se dovessimo ammettere che per uno squilibrio endocrino soltanto la proliferazione disordinata e atipica dei tessuti fosse sufficiente a dar luogo al tumore, dovremmo avere tumori in una percentuale altissima di endocrinopatie. Ciò che non è.

A noi pare più conforme alla realtà l' opinione di FISCHER - WASEL, il quale ritiene che l' irritazione locale, alla quale BOSTROEM dà la maggiore importanza, predisponga all' insorgenza di tumori, stante l'accumulo di cellule a vivace attività proliferatrice, ma sia sempre necessario un substrato speciale clinico-biologico, perchè si avveri una sconfinata proliferazione. In altri termini gli elementi iatenti che circolano nel nostro organismo, che potrebbero anch' essere i ben noti germi aberranti del COHNHEIM, o le proliferazioni tessurali determinate da uno stimolo irritativo, non diventano tumore, se non interviene una disfunzione chimico-biologica, che può essere costituzionale o acquisita ; come parimenti una disfunzione chimico-biologica da sola, non è sufficiente a produrre il tumore, se non interviene uuo stimolo irritativo, che localizza e induce proliferazione locale viva ed attiva nei tessuti.

Esaminando il nostro caso al lume di questi criterii, troviamo per l' appunto che si verificano le condizioni sopra designate.

Stando alle vedute più recenti, e considerando che il glioma non faceva corpo con la massa cerebrale, la quale aveva soltanto subìto fenomeni di compressione e di rammollimento, abbiamo ragione di ritenere che esso si sia formato dalla leptomeninge. OBERLING principalmente ha sostenuto in questi ultimi anni l' origine anche neuroepiteliale dei blastomi meningei, affermando che la leptomeninge sia formata da un tessuto speciale, costituito da cellule disposte in un vasto sincizio, dette meningoblasti, che sono in rapporto da un lato col sistema nervoso centrale e dall' altro con la dura madre. Tali elementi avrebbero origine gliale, derivando dal tubo neurale, dal quale si sarebbero distaccati durante lo sviluppo, per emigrare nel mesenchima circostante. LEROUX, CORNIL e ROUSSY ritengono che i blastomi traggono invece origine da elementi nevroglici aberrati nella leptomeninge. Comunque, è indiscutibile, come ha dimostrato anche il TRAMONTANO, che esistono neoplasmi, insorti a spese della leptomeninge di origine gliare.

Ora il tumore nel nostro caso non è sorto come un fungo. Noi sappiamo che la R. all' età di 12 o 13 mesi ha sofferto una meningite, presumibilmente di natura meningococcica.

Una meningite sierosa non avrebbe lasciato reliquati, ed una meningite tubercolare non solo difficilmente avrebbe lasciata in vita la paziente ma avrebbe prodotto lesioni caratteristiche facilmente rilevabili.

La sordità e il mutismo, residuati dopo la malattia e gradualmente attenuatisi, sono postumi frequenti e caratteristici quasi della meningite da meningococco.

Processo acuto dunque, e di notevole gravità, nel primo tempo.

Le aderenze della dura meninge alla fossa cranica anteriore dimostrano che il processo morboso ha avuto in quel punto la maggiore intensità. Ragione quindi per ritenere che uno stimolo irritativo intenso e costante abbia dovuto esercitarsi in quel punto sulla leptomeninge, in forma acuta prima, e in forma cronica dopo. È ovvio indurre che in quel punto l' infiammazione della dura madre, diffusasi alla leptomeninge abbia indotto una tendenza alla proliferazione localizzata degli elementi gliali di essa.

Siamo nel campo della preparazione d i s e d e alla neoplasia, che non compare, perchè mancano ancora le condizioni favorevoli generali chimico-biologiche. Queste non tardano a presentarsi. Lo squilibrio endocrino, che s' impernia nella disfunzionc ipofisaria, sbocca nel quadro definito dell' acromegalia. Ora l' acromegalia non solo con l' accrescimento esagerato dello scheletro, dei tessuti mesenchimali, degli apparati linfatici e dei visceri, ricorda da vicino le condizioni di accrescimento fetale o infantile, ma sopratutto importa uno squilibrio biochimico, che rassomiglia al biochimismo proprio dell' ipofisi delle prime epoche della crescita, e non al biochimismo dell' età adulta, in cui l' acromegalia suole svilupparsi (PENDE).

Ecco quindi sorgere le condizioni generali biochimiche necessarie e sufficienti, perchè l' impulso proliferativo della glia passi dallo stato potenziale alla proliferazione effettiva. Lo squilibrio endocrino, o forse meglio ancora endocrino-simpatico, come vorrebbero CASTELLINO e PENDE, alterando il trofismo dei tessuti, crea le condizioni generali necessarie allo sviluppo neoplastico ; ma perchè questo avvenga, è anche indispensabile uno stimolo irritativo locale, ch' esalti localmente l' attività proliferativa dei tessuti stessi, non più infrenati e regolati nel loro accrescimento dei poteri organici che ad esso presiedono.

Che la terapia sostitutiva o compensativa, tendendo a ristabilire per quanto le sia consentito, l' equilibrio di tali poteri, possa arrestare l'evoluzione neoplastica o farla regredire, è criterio conseguenziale dell' induzione patogenetica.

Parimenti la involuzione o l' arresto spontaneo di processi neoplastici anche maligni, non può essere spiegato che con una capacità riequilibratrice e correttrice autoctona dell' organismo stesso, che ritrova in sè le condizioni necessarie e sufficienti per distruggere o per inibire. Son noti i casi di fibromi uterini che involvono senza intervento terapeutico alcuno specialmente col sopraggiungere della menopausa, come pure son noti i casi di carcinoma che, contrariamente alla loro evoluzione rapida, restano per decennî stazionarî e quasi innocui.

HART in base a studî recenti, ritiene a proposito dell' auto-regolazione della vita cellulare sotto la guida del sistema endocrino, che gli stimoli dai quali è governato lo sviluppo cellulare, non dipendono dall' elemento stesso, ma da increti morfogeni, sì che le modificazioni biologiche dell' intero organismo hanno maggiore importanza delle strutture

del cancro, per cui la malignità dipende forse più dalle alterazioni biochimiche ed umorali, che dalla differenziazione delle cellule del tumore.

La rapidità stessa, e la gravità dei sintomi organici con cui evolvono i tumori maligni, pare deponga per la maggiore alterazione dello ambiente biochimico ed umorale, e quindi per una deficienza maggiore dei poteri di reazione e di difesa dell' organismo.

Comunque, siamo ancora nel campo delle induzioni e delle ipotesi.

Io quindi non intendo affatto trarre conclusioni azzardate su questo argomento quanto mai oscuro e delicato.

Ma poichè nella notte fonda si caccia lusinghiero uno spiraglio di luce, alimentato da studî serî, severi e promettenti sui coefficienti ormonici nella etiopatogenesi dei neoplasmi, non ho voluto lasciare sfuggire, come dianzi ho avvertito, un dato di osservazione clinica ed anatomopatologica, circa la coesistenza di un tumore, sorto in un punto in cui si erano verificati stimoli irritativi infiammatorî, in una donna con squilibrio neuroendocrino classico e inequivocabile, clinicamente precisato e definito.

Ho voluto inoltre richiamare l' attenzione sull' elemento irritativo, che mi pare debba con fondate ragioni coesistere insieme agli altri fattori accennati nell' etiopatogenesi dei blastomi.

BIBLIOGRAFIA

1. Aievoli E. — I coefficienti ormonici sull'evoluzione dei blastomi maligni — Gazzetta Internaz. di Medicina e Chirurgia. Anno XXXVIII n, 9, 1930.
2. Alhaique A. — Il problema del cancro — Rinascenza medica. Anno VII n. 20, 1930.
3. Alberti G. — Note in margine al convegno del cancro — Difesa Sociale Anno X n. I, 1931.
4. Antonini G. — Contributo clinico allo studio dei tumori cerebrali — Rassegna di studii psichiatrici Vol XIX fasc. 3, 1930
5. Ayala G. — Le valeur diagnostique du liquide cephalo-rachidien dans les tumeurs cérèbrales — Revue Neurologique. T. 2, n. 1, 1928.
6. Arnone G. — Disfunzione del sistema ipofisario da flogos sinusale. — La Cultura Medica Moderna. Anno VIII n. 12, 1928.
7. Besta C. — Epilessia e ferite cerebrali di guerra — Rassegna Clin. Scientifica Anno V. n. 8.
8. Bouverét L. — Sur le ramollissement qui entoure les tumeurs cérèbrales Lion médical. T. LYYYI n. :4, 1896.
9. Castellino e Pende — Patologia del simpatico — Milano, Vallardi 1923.
10. Calligaris G. — Il sistema motorio estrapiramidale. Soc. An. It. Edit. Scint. Milano, 1927.
11. Ceni C. — Cervello e increti — Zanichelli, Bologna, 1930.
 » — Psiche e vita organica — Soc. An. Istit. Ed. Scient. Milano.
12. Cortesi T. — Tumore cerebrale del lobo prefrontale sinistro — Il Morgagni n. 8, 1908.
13. Duprè E. et Devaux A. — Tumeur cérébrale — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière n. 3, 4, 1901.
14. Fichera G. — La conferenza internazionale del cancro. Relazione alla Direzione Generale di Sanità. — La cultura medica moderna. Anno VIII n. 5, 1229.
15. Levi-Bianchini M. — Virilismo prosopopilare e androfania nella donna alienata — Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi. Vol. XI. Fasc. II, Anno 1930.
16. Lugaro E. — Glioma bilaterale del centro semiovale — Rivista di Patologia nervosa e mentale. Vol. VIII. Fasc. 2, 1903.

17. MAILLARD G. et MILHIT — Un cas de tumeur cérébral avec somneil — Encéphale n. 3. 1906.
18. MICHELOZZI A. — Contributo alla casistica dei tumori del sistema nervoso centrale — Il Morgagni n. 3, 1900.
19 .MATTIOLI L. — Un sarcoma del cervello — Contributo allo studio dei tumori cerebrali. Rivista di patologia nervosa e mentale Vol. XVI. Fasc. 5. 19d1.
20. MURRI A. — Tumori endocranici — Trattato di Medicina Interna di Cantani e Maragliano.
21. OBERLING — La gliomatose meningo-encephalique — Bull. et Mem. de la Soc. Anat. Paris 1924.
22. OPPENHEIM — Trattato delle malattie nervose. — Vol. II.
23. PENDE N. — Endocrinologia — F. Vallardi Editore. Miluno 1924
24. PFEIFER B. — Psychiche Störungen bei Hintumorem — Vedi recensione in rivista di patologia nervosa e mentale. Vol. XVI, Fasc. 5, 1911.
25. PIGHINI G. e DEL RIO M. — Ormone sessuale femminile e permeabilità meningea. — Quaderni di psichiatria Vol. XVII, n. 7, 8, 1930.
26. PIANESE G. — Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, n. 1, 1913.
27. ROUSSY, CORNIL et LEROUX — Tumeur méningée à type glial. — Revue neurologique, n. 3. mars 1923.
28, RIGHETTI R. — Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio degli gliomi cerebrali e l' anatomia delle vie ottiche centrali. — Rivista di patologia nervosa e mentale. Vol. VIII. Fasc. 7, 1903.
29. SCHIBONI — Il policlinico — Sez. Pratica. Fasc. 43, 1923.
30. SCALA G. — L' istiogenesi del linfogranuloma con particolare riguardo alla dottrina blastomatosa. Folia Medica. Anno XVI! n. 10, 1930,
31. SALERNI A. — Di un endotelioma della base del cranio. — Il Manicomio. Anno XXIII, 1907.
32. TANGI e LUCANO — Trattato di psichiatria.
33. TAMBRONI R. e OBICI G. — Due casi di tumore dei lobi frontali — Rivista di Patologia nervosa e mentale. Anno II. Vol. II, 1897.
34. TONNINI S. — La diagnosi dei tumori endocranici nei pazzi e la frequenza dei così detti reperti d' autopsia — Rivista di patologia nervosa e mentale. Vol. VI. Fasc. 4, 1901.
35. TRAMONTANO V. — La neorofibromatosi multipla — Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia. Anno VII, n. 8, 1926.
36. TRAMONTANO V. — Sui blastomi meningei — Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia. Anno IX n. 2, 1928.
37. VENTRA C. — Costituzione ed epilessia. — Il Manicomio. Anno XL n. 2, 3. 1927.
38. VENTRA C. — Gliosarcoma della fossa cranica posteriore, comprimente l'emisfero sinistro del cervelletto. — Il Manicomio. Anno XXXVIII, n. 1, 1925.
39. VENTRA C. — Sindromi epilettiche di natura endocrina. — Il Manicomio. Anno XXXVII. n. 2, 1924,
40. VIALE G. — La fisiologia dell' ipofisi. — Rassegna Clinica Scientifica. Anno VIII, n. 3, 1930.

RIASSUNTO. SOMMAIRE. SUMMARY. ZUSAMMENFASSUNG.

L' A., studiando un caso di tumore della fossa cranica anteriore in soggetto acromegalico con integrità dell' ipofisi, rileva:

1°. Che la diagnosi di tumore endocranico, spesso difficile negli individui normali, diventa più problematica nei malati di mente, per la difficoltà di sceverare quanto dei sintomi spetti al tumore, e quanto alla malattia mentale concomitante.

2°. Che fra i sintomi generali dei tumori cerebrali, l'epilessia a tipo essenziale, sintomo tra i meno frequenti, può talvolta presentarsi molto precocemente, e costituire per anni e decenni l'unico sintomo del tumore.

3°. Che anche in questi casi eccezionali l' epilessia, contrariamente al dubbio o all' opinione di alcuni, tra cui l' OPPENHEIM, deve ritenersi come causata dal tumore, e come indipendente dall' ipertensione endocranica, alla quale invece alcuni l' attribuiscono ; l' epilessia in questi casi è l' effetto di un complesso di modificazioni e condizioni particolari biocerebropatiche, prodotte dal tumore, ed analoghe a quelle necessarie e sufficienti per lo sviluppo dell' epilessia essenziale.

4°. Che l' integrità anatomica dell' ipofisi e la coesistenza dell'acromegalia, manifestatasi anteriormente allo sviluppo del tumore endocranico dimostrano che l' acromegalia non ha alcun rapporto di dipendenza dal tumore, e che non sempre è necessaria una lesione anatomica o neoplastica dell' ipofisi, perchè l' acromegalia si manifesti ; nel caso specifico è chiaro ch' essa debba dipendere da una disfunzione ipofisaria, o meglio da un *ipertuitarismo anteriore metaplastico* conseguente a diffusione verso la loggia ipofisaria del processo infiammatorio delle meningi, particolarmente localizzato nella fossa cranica anteriore.

5°. Che la coesistenza del tumore endocranico, dello stato infiammatorio meningeo, e dell' acromegalia, suggerisce ed avvalora, conformemente alle vedute più recenti e accreditate, la concorrenza e la concordanza di più fattori nella etiopatogenesi dei blastomi ; e precisamente la concorrenza del fattore neurormonico, come causa di squilibrio generale dei poteri che regolano il normale accrescimento dei tessuti, e quindi causa del loro sviluppo disordinato e atipico : e quella del fattore irritativo, come stimolo locale verso la proliferazione attiva ed effettiva dei tessuti stessi.

Prof. Dott. MARCO LEVI BIANCHINI — Propriet., Editore e Dirett. Responsabile

Nocera Inferiore (Salerno, Campania) Italia

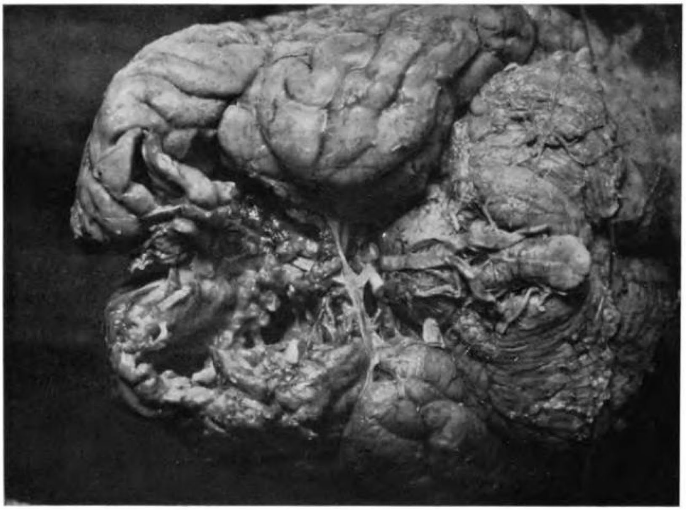


Fig. 1

Distruzione delle circonvoluzioni della faccia inferiore dei lobi frontali specialmente di destra e rammollimento della sostanza bianca perineoplastica.

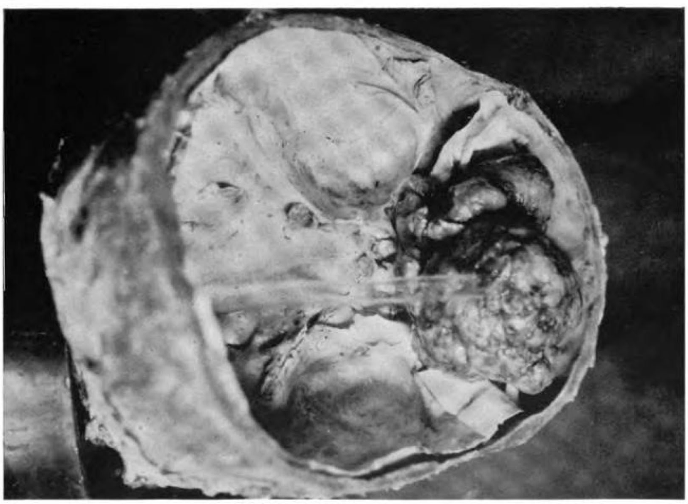


Fig. 2

Posizione del tumore nella fossa cranica anteriore, mantenuto in sito da una bacchetta di vetro.

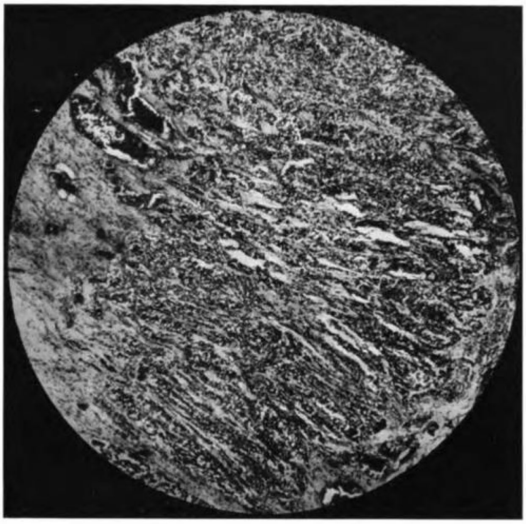


Fig. 3
Elementi neoplastici gliali arrotondati, raramente isolati, per lo più confluenti in ammassi, fra uno stroma connettivale in tratti ispessito ed in altri meno evidente, ricco di vasi.

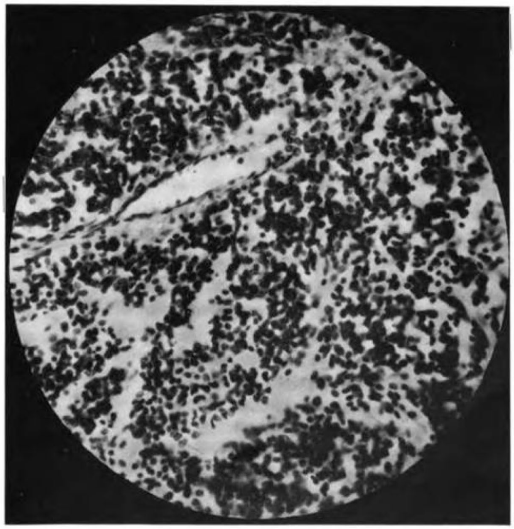


Fig. 4
Gli stessi elementi, a più forte ingrandimento



Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi

Fondato e diretto da M. LEVI BIANCHINI

NOCERA INFERIORE (Salerno - Campania) Italia

COLLABORATORI

L. De Lisi (Cagliari) - S. De Sanctis (Roma)

ANNO XII - VOLUME XII - 1931

L'ARCHIVIO GENERALE DI NEUROLOGIA, PSICHIATRIA E PSICOANALISI, esce in quattro fascicoli trimestrali costituenti a fine d'anno uno o due volumi di 30-35 fogli di stampa complessivi. Pubblica lavori originali, purchè non superino di regola uno o due fogli di stampa: riviste sintetiche e bibliografie riguardanti la Biopatologia nervosa e mentale e in genere la Scienza dello spirito. — I manoscritti inviati alla Redazione devono essere nitidamente dattilografati: le figure illustrative e le tavole ordinatamente disposte. — Gli Autori di Memorie originali ricevono 25 estratti contenenti la memoria originale gratuiti. Gli estratti in più sono a carico dell'Autore e debbono essere richiesti all'atto dell'invio della memoria originale.

Prezzo dell'abbonamento annuo:
Italia e Colonie (netto) L. 75 - Estero (netto) dollari 8

Prezzo di un fascicolo separato:
Italia e Colonie (netto) L. 25 - Estero (netto) dollari 2

Per tutto quanto riguarda la Direzione, Redazione, Amministrazione rivolgersi al seguente indirizzo: Prof. M. LEVI BIANCHINI - Nocera Inferiore (Salerno-Campania) Italia.

N. B. — Tutti gli abbonamenti, Italia ed Estero, compresi quelli fatti a mezzo dei librai, vengono spediti direttamente agli abbonati.

SOMMARIO

del Fascicolo I — Volume XII — Anno 1931

LAVORI ORIGINALI.

Prof. Dott. Marco Levi Bianchini - Proprietario, Editore e Direttore responsabile